

佐賀市病児・病後児保育室 児童登録票

登録番号 No. _____

平成 年 月 日記入

記入者氏名 _____

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	平成・令和	年	月	日生
父：氏名	(歳)	お子さんの愛称				
母：氏名	(歳)					
保護者	住民登録地 (〒 -)	電話番号 - -				
	自宅住所 (〒 -)	電話番号 - -				
※住民登録地と同住所の場合は、同上とご記入ください。						
きょうだい	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)		
職業	父	母				
緊急連絡先	父	1 (電話 勤務先名)				
		2 (携帯電話)				
	母	1 (電話 勤務先名)				
		2 (携帯電話)				
	父母以外の方 (続柄:)	1 (電話 勤務先名)				
		2 (携帯電話)				
保育所等の園名	電話 - -					
かかりつけ医名	電話 - -					
周産期	妊娠中の異常 なし ・ あり (具体的に:)					
	出生時体重 g					
	出産は (予定通り・ 日 早かった・遅かった) (在胎 週)					
	出産時の異常 なし ・ あり (具体的に:)					
乳児期の発達	首のすわり: _____カ月	おすわり: _____カ月	一人歩き: _____カ月			
	栄養法 (母乳・人工・混合)					
	離乳食完了時期 未 (前期・中期・後期) 済 (_____カ月)					
	人見知り: _____カ月	母親の後追い: _____歳_____カ月				
	初語 (意味のあることば): _____歳_____カ月					

予 防 接 種 等	ロタウイルス	未・1・2・3	BCG	未・済
	ポリオ	未・済	生ワクチン:	1・2
			不活化:	1・2・3・4
	肺炎球菌	未・1・2・3・追加	ヒブ	未・1・2・3・追加
	三種混合	未・I期 1・2・3・追加		
	四種混合	未・1・2・3・追加		
	麻疹風疹	未・I期・II期	日本脳炎	未・I期 1・2・追加
	おたふくかぜ	未・1・2・かかった	水ぼうそう	未・1・2・かかった
	B型肝炎	γ-グロブリン 1・2	B型肝炎ワクチン	1・2・3
	その他	(具体的に)		
こ れ ま だ の 病 気	けいれん	無・有(回) 最後のけいれんは(年 月 日)		
	喘息 喘息様気管支炎	ない・ある 毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ 毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ		
	アトピー性皮膚炎	ない・ある(治療は内服薬・食事療法)		
	アレルギー	ない・ある()		
	かかった病気	・突発性発疹 ・百日咳 ・麻疹 ・風疹 ・中耳炎		
	その他の病気 (具体的に)			
	入院したこと	ない・ある (病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月)		
常時内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的に書きください。 (内服時間も)			
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的に書きください。			
その他	体質(薬物アレルギー等) やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的に書きください。			