**病児・病後児保育室　児童登録票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号　№

　　年　　月　　日記入　　　　　　　　　　　　　記入者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　男  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　女 | | | | | | 生年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　　歳　　　月 | | | |
| 保護者 | 父：氏名　　　　　　　　　　　（　　　歳） | | | | | | | お子さんの愛称 | |
| 母：氏名　　　　　　　　　　　（　　　歳） | | | | | | |
| 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：　　　ヵ月　　　おすわり：　　　ヵ月　　　　一人歩き：　　　ヵ月  　栄養法　（母乳・人工・混合）  　離乳食完了時期　　未（前期・中期・後期）　　　済（　　　　　ヵ月）  　人見知り：　　　ヵ月　　　　　母親の後追い：　　　歳　　　ヵ月  　初語（意味のあることば）：　　　歳　　　ヵ月 | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | |
| これまでの病気 | 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　　　ヵ月）  　　　　　　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　　歳　　　ヵ月）  　　　　　　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　　歳　　　ヵ月）  　　　　　　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　　歳　　　ヵ月） | | | | |
| 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お書きください。  （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、具体的にお書きください。 | | | | | | | | |
| 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お書きください。 | | | | | | | | |