**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。 |