

高浜市病後児保育室利用登録申出書

※ 登録番号

平成 年 月 日

ふりがな	男	生年月日	年	月	日生
児童氏名	女				__歳__月
保 護 者	父・氏名		(歳)		お子さんの愛称
	母・氏名		(歳)		
	自宅住所 (〒)				
自宅電話 - -					
きょうだい		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 (電話	勤務先名)
	母	1 (電話	勤務先名)
		2 (電話	勤務先名)
通園通学先名		電話	-	-	
主治医名		電話	-	-	
周 産 期	妊娠中の異常 (なし・あり _____)				
	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 _____)				
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)				
	離乳食開始時期 (前期: カ月 中期: カ月 後期: カ月)				
	幼児食: 歳 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	ツ反応: 年 月 (判定) 年 月 (判定)				
	BCG: 年 月		ポリオ: 1回 年 月 2回 年 月		
	三種混合: I期 1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月				
	II期 年 月				
	はしか: 年 月		水ぼうそう: 年 月		おたふくかぜ: 年 月
	その他:				

感 染 症 歴	はしか： 歳 カ月 水ぼうそう： 歳 カ月	
	百日咳： 歳 カ月 おたふくかぜ： 歳 カ月	
	B型肝炎： 歳 カ月 (キャリアーでない・ある)	
	その他 (具体的に)：	
こ れ ま ま の 病 気	熱性痙攣：初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月 (これまでに__回)	
	喘息 喘息様気管支炎	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
	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。	