

様式第1(第6条関係)

病後児保育事業利用登録書

高 浜 市 長 殿

※ 登録番号

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 — —						
兄	弟	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(キャリアで ない・ある)	
	その他(具体的に)：	
こ れ ま で 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。	