

### 病児保育利用登録書

登録 番号	
----------	--

年 月 日 記入

フリガナ 児童 氏名 愛称 ( )	男 女	( 才 ヶ月 ) 生年月日 平成 令和 年 月 日 生	平熱 ℃
自宅住所 (〒 - )		電話	
緊急時連絡先		災害時連絡用 メールアドレス	
通所保育施設 認可保育所・認定こども園・(小規模・事業所内・家庭的)保育事業所 ナースリールーム・家庭保育室 幼稚園・企業主導型保育事業所・その他の認可外保育施設			
かかりつけ の医師 医療機関名		医師名 電話 -	
家族の状況	氏名	勤務先	携帯電話
父	名称	名称	名称
母	名称	名称	名称
兄弟姉妹 : ① 男・女 ( 才 ) ② 男・女 ( 才 ) ③ 男・女 ( 才 ) 同居人 : <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他の同居人 ( )			
健康保険被証	記号	番号	保険者番号
生育歴	妊娠中の異常 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 出生時体重 : _____ g _____ 週 _____ 日 生まれつきの病気 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名 ) 健診歴 : <input type="checkbox"/> 乳幼児健診で異常は言われたことはない。 <input type="checkbox"/> 健診での異常(発達・体重・身長・その他 ) <input type="checkbox"/> 健診を受けたことはない。 栄養 : <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 離乳食開始時期 : _____ ヶ月		
既往歴	これまでにかかった大きな病気 : ① _____ ② _____ ③ _____ これまでにかかった感染症 : <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふく 持病の有無 : <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 ( 型 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( 型 ) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ( )		
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ ( 回・追加 ) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ( 回・追加 ) <input type="checkbox"/> 4種混合 ( 回・追加 ) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん ( 回 ) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( 回・追加 ) <input type="checkbox"/> 水痘 ( 回 ) <input type="checkbox"/> おたふく ( 回 ) <input type="checkbox"/> ロタウィルス ( 回 ) <input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 回 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 食物・薬物 ( ) : その他 ( )		
(現在の) 食事	乳児	ミルク : <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 1回量 ( ) cc 回数 ( ) /日 離乳食 : <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 回数 ( ) /日	
	幼児	食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う <input type="checkbox"/> はしを使う 食事時間 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則 食事の量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある 嫌いなもの	
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中	
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする 回数 ( ) /日	
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする 回数 ( ) /日	
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	
お昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する		
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他 ( )		
性格・くせ			
その他			

※伝えておきたいことや配慮してほしいことがありましたら、「その他」欄にご記入ください。

記入者名 \_\_\_\_\_