

鹿沼市病児・病後児保育事業利用登録書

年 月 日記入

利用登録施設名	茂呂保育園 (病児保育・病後児保育)				
児童氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日生 (歳 か月)	
お子さんの愛称		入所保育所名	TEL ()		
保護者	氏名	ふりがな		自宅 TEL ()	
		児童との続柄 ()			
住所	鹿沼市				
事前登録をしている兄弟姉妹がいる場合	(歳)		(歳)		
	(歳)		(歳)		
緊急連絡先	続柄	氏名	勤務先等名称	電話番号	
	父			TEL ()	携帯等 ()
	母			TEL ()	携帯等 ()
				TEL ()	携帯等 ()
健康保険証	記号	番号	保険者番号		
かかりつけの病院名	(1)				
	(2)				
お子さんの状態について詳しくお聞きします。(あてはまるものに○を付け、記入してください)					
生まれた時の様子	在胎 () 週 () g 分娩時の異常 ない・ある ()				
乳児期の発育	首がすわる () か月 お座り () か月 一人歩き () か月 人見知り () か月 母親の後追い () か月 発語(意味のある言葉) () 歳 () か月 栄養法 母乳・ミルク・混合 離乳食開始 前期 () か月 中期 () か月 後期 () か月				
予防接種	三種混合	受けていない・受けた (I期 1回 2回 3回 II期)			
	ツベルクリン反応	受けていない・受けた(判定)	ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)	
	B C G	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた	
	はしか	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた	その他 ()		

これまでに かかった 主な感染症	1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜炎 10 ヘルパンギーナ 11 結核 12 肝炎（ ）型（キャリアーでない・ある） 13 その他（			
これまでに かかった 主な病気 など	熱性けいれん 初回（ ）歳 以後（ ）回反復 最終（ ）年（ ）月			
	喘息 喘息様気管支炎	内服薬を継続的に飲んで（いない・いる 薬の名前 ） 自宅で吸入療法をして（いない・いる 薬の名前 ） （回数 ）		
	その他の病気 （具体的に）			
	入院したことが ありますか。	ない・ある（病名 歳 か月） （病名 歳 か月） （病名 歳 か月） （病名 歳 か月）		
常時内服 している 薬について	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服している薬がある場合、薬の内容や内服時間などについて具体的にお書きください。			
アレルギー	アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について、具体的にお書きください。 その品目について食事制限をしていますか。（いる・いない）			
日頃の食欲	旺盛・普通・少食	食 事	一人で食べる・一人で食べるがかなりこぼす・介助が必要	
偏 食				
排 泄	すべておむつ・トイレトレーニング中・寝るときのみおむつ・自立している			
そ の 他	お子さんの性格、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がありましたら具体的にお書きください。			
備 考				