

鬼北町病児・病後児保育事業調査票（登録票）

登録番号		年	月	日	記入者名（ ）
ふりがな 児童氏名		男	生年月日： 年 月 日（ 歳 か月）		
		女	愛称：	平熱	
住所	〒			自宅TEL	
				携帯TEL	（ ）
家族構成 (同居)	氏名	続柄	年齢	緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。	
				①保護者	勤務先名： 連絡先
				続柄（ ）	携帯電話：
				②その他	勤務先名： 連絡先
			続柄（ ）	携帯電話：	
在籍施設名	（ ） 保育所・保育園・幼稚園・認定こども園 （ ） 小学校（ 年 組）・その他（ ）				
かかりつけ医	病院名	TEL			
健康保険証	記号	番号	保険者番号		
周産期・ 出生時の 状況	妊娠中の異常	無・有（ ）			
	出産時の異常	無・有（ ）			
	出生時の体重（	g	）	妊娠週数（	週）
発育・発達・初語	首のすわり（ か月） おすわり（ か月） 歩行（ 歳 か月） 初語（ 歳 か月）				
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
熱性けいれん	無・有（初回 歳 最終 歳・これまでに 回）（座薬の指示 無・有 °C以上）				
入院歴	無・有（病名： ） 歳 か月				
	無・有（病名： ） 歳 か月				
常備薬服用 している	無・有（疾患名： 薬の名前： 回数 /日）				
予防接種	<input type="checkbox"/> Hib（ヒブ）（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘（1回・2回） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹（MR）（1期・2期） <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（1回・2回・3回・初回追加） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期初回・1期追加） <input type="checkbox"/> 三種混合（1回・2回・3回・1期追加） <input type="checkbox"/> ロタウイルス（1回・2回・3回） <input type="checkbox"/> 四種混合（1回・2回・3回・1期追加） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回・2回・3回） <input type="checkbox"/> 五種混合（1回・2回・3回・1期追加） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
アレルギー	無・有 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	除去食 無・有（ ） ※登録時又は初回利用時に「アレルギー除去食に関する連絡書」（コピー可）を提出してください。更新された場合は、利用時に最新のものが必要となります。				
午睡	約 時間/ 日 寝る時のくせなど：				
好きな遊び					
その他	※保育上配慮してほしいこと、注意が必要なこと等があれば記入してください。				