

(記入用)

病児保育登録票

確認： 母 ・ 保 ・ ア

登録日： . .

<太枠内をご記入ください>

※必要時記入

登録No.

記入日 年 月 日

登録児童	《児童氏名》 <small>か り が な</small>		《愛称》 <small>ニックネーム</small>		性別 <small>せいべつ</small> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	《生年月日》 年 月 日	《年齢》 才 カ月	
	《自宅住所》 〒 ー				自宅TEL () -	携帯TEL - -		
	《通園施設名》				園TEL () -			
	《かかりつけ医》①					医師名	医師	
	《かかりつけ医》②					医師名	医師	
	緊急連絡先	① 《氏名》 <small>フリガナ</small>		続柄		年齢	才	
電話		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場		勤務先名				
② 《氏名》 <small>フリガナ</small>		続柄		年齢	才			
電話		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場		勤務先名				
上記以外の同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名(学校)等			備考	
e-mail								
送迎者	氏名	続柄	年齢	電話		連絡先		
						<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 ()		
						<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 ()		
予防接種(接種状況)	《ヒブ》		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			《BCG》	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	
	《肺炎球菌》		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			《水痘》	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
	《日本脳炎》		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> Ⅱ期			《流行性耳下腺炎》	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
	《四種混合》 百日咳・ジフテリア 破傷風・ポリオ		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			《MR》 風疹 はしか(麻疹)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
	《ロタウイルス》		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			《B型肝炎》	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加	
	《インフルエンザ》		昨年	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		※済の方 回数 回		
		今年	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日			

これまでの様子	妊娠中異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の具体的状況						
	出生時体重	g	出産時期の状況	<input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 遅い	※早	日	※遅（在胎）	週	
	出産時異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の具体的状況		栄養法		<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合	<input type="checkbox"/> 人工	
これまでの病気・感染症	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の場合これまでの回数		回				
		初回けいれん		才	ヵ月	最終けいれん		才 ヵ月	
		医師の指示		座薬所持の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の場合アレルゲン						
		※症状		※制限					
	喘息 及び 喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の具体的状況		※医師の指示				
	突発性発疹	才	ヵ月	ヘルパンギーナ	才	ヵ月	肺炎	才 ヵ月	
	麻疹	才	ヵ月	流行性耳下腺炎	才	ヵ月	水痘	才 ヵ月	
	風疹	才	ヵ月	手足口病	才	ヵ月	百日咳	才 ヵ月	
	かかりやすい病気								
病名		才	ヵ月	入院歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※詳細			
病名		才	ヵ月	入院歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※詳細			
※病気や体調の事で気を付けてほしいことがあれば、具体的にお書きください。									
体温	平熱	・	℃						
薬	常備薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の具体的内容		<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> その他()				
	お薬の名前や使用のタイミングを具体的にお書きください。								
睡眠	平均睡眠時間	約	時間	お昼寝の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の場合		時 ~ 時頃	
	寝る時の特徴 (添い寝、抱っこ等)								
食事	食べる方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要	※具体的な介助方法		食欲		<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり食べない		
	好きな食べもの				嫌いな食べもの				
排泄	パンツ・オムツ の使用状況	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 両方	排泄の自立状況等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	※具体的な介助方法				
その他	好きなものやお遊び（おもちゃ、本、歌など）								
	配慮してほしいことやお子様の特徴などあれば、具体的に記入してください。								