

真岡市病児・病後児保育事業利用登録書

申請日： 年 月 日			※保育課受付日： 年 月 日		
ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名				(歳 ヶ月)	
お子様の愛称	保育所・幼稚園 認定こども園・小学校				
	電話番号				
保護者	住所				
	ふりがな			児童との続柄：	
	氏名			自宅電話 携帯電話	
登録している兄弟姉妹がいる場合	氏名	(歳 ヶ月)	男・女	氏名	(歳 ヶ月) 男・女
	氏名	(歳 ヶ月)	男・女	氏名	(歳 ヶ月) 男・女
緊急連絡先	氏名	続柄	勤務先等		電話番号
					携帯番号
					勤務先等
					携帯番号 勤務先等
加入保険	記号	番号	保険者番号		
かかりつけの病院名	1			電話番号	
	2			電話番号	

お子様の状態についてお伺いします。あてはまるものに○をしてください。

出産時の様子	在胎 (週) (g)	分娩時の異常	ない・ある
先天性の疾患	ない・ある()		
乳児期の発育	首が座る(ヶ月) おすわり(ヶ月) 一人歩き(ヶ月) 人見知り(ヶ月) 親の後追い(ヶ月) 発語：意味のある言葉(歳 ヶ月) 栄養法：母乳 ミルク 混合 離乳食開始：前期(ヶ月) 中期(ヶ月) 後期(ヶ月)		
予防接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> その他()		

【裏面も記入してください】

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 りんご病 7 百日咳 8 結核 9 肝炎(型) キャリアーで ない ・ ある 10 その他	
これまでにかかった主な病気	熱性けいれん : 初回()歳 以後()回反復 最終(年 月)	
	喘息	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()
	その他の病気 (具体的に)	
入院歴について	1 ない 2 ある	
	ある場合	病名 (歳 ヶ月)
		病名 (歳 ヶ月)
		病名 (歳 ヶ月)
常時内服している薬について	喘息やアトピー・けいれん等で、常時内服している薬がある場合に記入してください。 (薬の内容・内服時間など具体的をお願いします)	
アレルギー	アレルギーのあるお子様は、品目とアレルギー反応を起こした時の状況について具体的に記入してください。 その品目について食事制限をしていますか? (いない ・ いる)	
その他	お子様の性格や体質(アレルギーなど)など、心配事や配慮してほしいことがありましたら具体的に記入してください。	