様式第1号（第５条関係）

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 | | | | （病児保育・病後児保育） | | | | | | | |
| 児童氏名 | | | | ふりがな | | | 生年月日 | | 年　　　月　　日  （　　　歳　　　か月） | | |
|  | | |
| お子さん  の愛称 | | | |  | 入　　所  保育所名 | ℡　　（　　） | | | | | |
| 保護者 | | 氏　名 | | ふりがな | | | | | | | 自宅 ℡　　（　　） |
| 児童との続柄（　　） | | | | | | |
| 住　所 | | 鹿沼市 | | | | | | | |
| 事前登録を  している  兄弟姉妹 | | | | （　　歳） | | | | （　　歳） | | | |
| （　　歳） | | | | （　　歳） | | | |
| 緊急連絡先 | 続柄 | | 氏　名 | | 勤　務　先　等　名　称 | | | | | 電　話　番　号 | |
| 父 | |  | |  | | | | | ℡　　　　　（　　）  携帯等　　　（　　） | |
| 母 | |  | |  | | | | | ℡　　　　　（　　）  携帯等　　　（　　） | |
|  | |  | |  | | | | | ℡　　　　　（　　）  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。（あてはまるものに〇を付け、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 | | | | ヒブ | 受けていない・受けた（　1回　・　2回　・　3回　・　追加　） | | | | | | |
| 小児用  肺炎球菌 | 受けていない・受けた（　1回　・　2回　・　3回　・　追加　） | | | | | | |
| B型肝炎 | 受けていない・受けた（　１回　・　2回　・　3回　） | | | | | | |
| 四種混合 | 受けていない・受けた（　Ⅰ期 1回　2回　3回・Ⅰ期追加・Ⅱ期　） | | | | | | |
| BCG | 受けていない・受けた | | | 水痘 | | 受けていない・受けた | |
| MR(風しん麻しん) | 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　　以降（　　）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 |  | | | |