

病児保育登録票

令和 年 月 日記入

提出者（保護者）住所

氏名

病児保育の利用について、次のとおり登録します。

（□欄については該当項目にレ印を記入して下さい。）

ふりがな				性別	男 ・ 女
児童氏名		愛称（ ）		生年月日	H・R 年 月 日 (歳)
緊急 連絡先	緊急時 連絡の 順位	続柄	ふりがな 氏 名	勤務先(所属部署も記入) ※市外の方は勤務先住所も 記入してください。	電話番号 ※確実に連絡が取れる連絡先 を記入してください。
	1				自宅 携帯 勤務先
	2				自宅 携帯 勤務先
	3				自宅 携帯 勤務先
健康保険証 番 号		記号	番号	保険者番号	
日常の 保育等の状態		<input type="checkbox"/> 保育所に通所（保育所名 ） <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園（幼稚園名 ） <input type="checkbox"/> 小学校へ通学（小学校名 ） <input type="checkbox"/> 自宅で保育			
かかりつけ医		医院 病院 先生			

（裏面「健康調査票」も記入して下さい）

健康調査票

児童氏名 _____

お子様のことを詳しく伺います。(母子手帳等に基づいてご記入下さい。)

出産状態 乳幼児期の発達 ※小学生は記入不要	在胎 () 週 出生時体重 () グラム 分娩時の異常: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 首のすわり () か月 おすわり () か月 一人歩き () か月 言葉のはじまり () か月		
予 防 接 種	BCG	未・済	おたふくかぜ
	生ポリオ	未・済(1回 2回)	水痘
	不活化ポリオ	未・済(1回 2回 3回 追加)	肺炎球菌
	日本脳炎	未・済(I期 1回 2回 追加)	Hib
	MR(麻疹・風疹)	未・済(I期 II期)	ロタ
	三種混合	未・済(1期 1回 2回 3回 追加)	B型肝炎
	四種混合	未・済(1回 2回 3回 追加)	五種混合
今までにかかった感染症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> B型肝炎(キャリアを含む) <input type="checkbox"/> その他()		
その他、今までにかかった病気等で注意すべきもの	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回: 歳時 以後: 回反復 最終: 年 月) <input type="checkbox"/> 喘息(<input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時だけ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (アレルギー品目:) <input type="checkbox"/> 無 (アレルギーを起こした時の症状:)		
既往歴・持病	あり 病名: _____ なし 病名: _____		
障がいの程度	手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がい名 _____ 等級 _____
入院歴	あり 病名: (歳 か月) なし 病名: (歳 か月)		
●その他、お子様を預けられる際に担当職員に知っておいてほしいこと、気がかりなこと及びご要望等があればご記入下さい。			

.....以下は記入しないで下さい。.....

受 付	台帳登録	(備考)
月 日	月 日	