

別記様式第1号 (第9条関係)

病児保育事業利用登録書

年 月 日記入

利用登録施設名		那須南病院 病児保育所			
児童氏名		ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
お子さんの愛称			現在通う小学校・園名		
保護者	氏名	ふりがな	児童との続柄		
			電話番号		
住所					
事前登録している兄弟姉妹がいる場合		(歳)	男・女	(歳)	男・女
		(歳)	男・女	(歳)	男・女
緊急連絡先	続柄	氏名	勤務先等名称		電話番号
	父				Tel 携帯
	母				Tel 携帯
					Tel 携帯
保険証番号	記号	番号	保険者番号		
かかりつけの病院名	1	Tel ()			
	2	Tel ()			
お子さんの状態について詳しくお伺いします。(あてはまるものに○を付け、必要なところを記入してください。)					
出産時の様子	在胎()週	体重()g	分娩時の異常	ある() ない	
乳児期の発育	首がすわる()ヶ月 おすわり()ヶ月 ひとり歩き()ヶ月 人見知り()ヶ月 母親の後追い()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	三種混合	受けた(Ⅰ期 1回 2回 3回 追加 Ⅱ期)・受けていない			
	四種混合	受けた・受けていない		ポリオ	受けた・受けていない
	ヒブ	受けた・受けていない		BCG	受けた・受けていない
	小児肺炎球菌	受けた・受けていない		日本脳炎	受けた・受けていない
	MR(麻疹・風疹混合)	受けた・受けていない		水痘	受けた・受けていない
	その他	()			

既往歴 (有・無)	1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水痘 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜熱 10 結核 11 ヘルパンギーナ 12 肝炎 () 型 (キャリアである・ない) 13 その他 ()		
これまでにかかった主な病気など (有・無)	熱性けいれん	初回 () 歳 以後 () 回反復 最終 () 年 () 月	
	喘息 喘息様気管支炎	継続的に内服薬を服用していますか。	いる (薬の名前) いない
		自宅で吸入療法をしていますか。	いる (薬の名前) いない
	その他の病気 (具体的に)		
	入院履歴	入院したことがありますか (ある・ない)	
		病名	歳 ヶ月
病名		歳 ヶ月	
病名		歳 ヶ月	
常時服用している薬 (有・無)	薬の名前	薬の内容	特記事項 (内服時間等を具体的に記入)
現在のアレルギー (有・無)	種類・品目	特記事項 (アレルギーを起した状態、食事制限について具体的に記入)	
日頃の食欲	旺盛・普通・小食		
食事 偏食	1人で食べる (はし・スプーン) ・1人で食べるがかなりこぼす・介助が必要		
排泄	すべてオムツ・トイレトレーニング中・寝るときのみオムツ・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記入して下さい。		
備考			

※ 記入漏れがある場合、受理出来ない事があります。