

亘理町病児保育事業利用登録書

提出年月日 年 月 日

児童氏名	ふりがな -----	男 女	生 月 日	年 月 日	年 月 日 (歳 か月)	
保育所名又は 学 校 名						
保 護 者	氏 名	ふりがな -----	自宅TEL ()			
	住 所	亘理町				
事前登録を 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	連絡先 (携帯など)		勤務先名及び連絡先	
			TEL ()		TEL ()	
			TEL ()		TEL ()	
			TEL ()		TEL ()	
健康保険証	記号	番号	保険者番号			
生活保護	適用なし 適用あり (年 月 日保護開始) *生活保護受給証明書を提示してください。					
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聞きします。(当てはまるものに○を付け、又は記入してください。)						
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型(Hib)	未 ・ 済 (1回 2回 3回 追加)				
	小 児 肺 炎 球 菌	未 ・ 済 (1回 2回 3回 追加)				
	三 種 混 合	未 ・ 済 (1回 2回 3回 追加)				
	四 種 混 合	未 ・ 済 (I期初回1回 2回 3回 I期追加)				
	日 本 脳 炎	未 ・ 済 (I期初回1回 2回 I期追加 II期)				
	ポ リ オ	未 ・ 済(1回 2回)	B	C	G	未 ・ 済
	M R (麻しん風しん混合)	未 ・ 済(1回 2回)	二種混合(II期)		未 ・ 済	
	B 型 肝 炎	未 ・ 済 (1回 2回 3回)	水 痘 (水ぼうそう)		未 ・ 済	
	ロ タ ウ イ ル ス 感 染 症	未 ・ 済	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		未 ・ 済	
	そ の 他 ()					

これまでに かかった主 な感染症	1 突発性発しん 5 おたふくかぜ 9 咽頭結膜炎 12 肝炎()型(キャリアでない・ある) 13 その他()	2 はしか 6 手足口病 10 ヘルパンギーナ	3 風しん 7 りんご病 11 結核	4 水ぼうそう 8 百日せき
これまでに かかった主 な病気など	熱性けいれん 初回()歳 以後()回反復 最終()年()月			
	ぜん息 ぜん息様気管支炎	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)		
	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) (病名) (病名)	歳 歳 歳	か月 か月 か月
常時内服し ている薬に ついて	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)			
日ごろの食 欲	旺盛・普通・小食	食 事	1人で食べる・1人で食べるがかなりこぼす・介助が必要	
偏 食				
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お書きください。			
備 考				