（様式第１号）

**病児保育登録申込書**

提出日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録児 | 氏名 | 愛称 | 血液型 | 性別 | 生年月日 |
| 　 | 　 | 　 | 男・女 | 　 |
| 通園施設名 | （電話）　　　　　　　　　　　　 |
| かかりつけ医 | 　 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 自宅電話番号 | 　 | 自宅FAX番号 | 　 |
| 自宅ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 　 |
| 保護者 | 続柄（　　　　） | 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 続柄（　　　　） | 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 周産期 | 妊娠中出産時の異常 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |
| 出生時体重 | ｇ | 在胎 | 週 |
| 乳児期 | 栄養法 | 母乳　・　ミルク　・　混合 |
| 離乳食開始時期 | 前期 | ヶ月 | 中期 | ヶ月 | 後期 | ヶ月 | 幼児食 | ヶ月 |
| 生活の状況 | 食事 | 授乳 | 　１日（　　）回　　（　　）㏄/回 |
| 食事量 | 多・普・少・気まぐれ | 嫌いな物 | 　 |
| 病気の際も好んで摂取できる飲み物 | 　 |
| 排泄 | ｵﾑﾂ・ﾄｲﾚ・ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ中 | 配慮が必要なこと | 　 |
| 午睡 | 時～　　時頃 | 寝つくときの癖（ﾀｵﾙを持ってなど） | 　 |
| 好きな遊び | 　 | 平熱 | 度　　　分 |

**☞裏面もご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種 | ヒブ | 未・済（1回・2回・3回・追加） | 肺炎球菌 | 未・済（1回・2回・3回・追加） |
| B型肝炎 | 未・済（1回・2回・3回） | ロタ | 未・済（1回・2回・3回） |
| 四種混合 | 未・済（1回・2回・3回・追加） | BCG | 未・済 |
| MR（麻疹・風疹） | 未・済（1回・2回） | 水痘 | 未・済（1回・2回） |
| おたふく | 未・済 | 日本脳炎 | 未・済（1回・2回・3回） |
| 既往歴 | 熱性けいれん | 有・無 | これまでの回数（　　）回 |
| 初回（　　）歳（　　）ヶ月　最後（　　）歳（　　）ヶ月 |
| 座薬の指示：有・無　　　　　座薬使用の体温（　　）℃以上 |
| 喘息又は喘息様気管支炎 | 有・無 | 毎日薬を（　使用　・　使用せず　） |
| ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎 | 有・無 | 現在の治療（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・肺炎・百日咳・突発性湿疹・破傷風・りんご病・手足口病・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院記録 | 平成令和 | 年　　月 | 病名： | 年齢　　　歳　　　ヶ月 |
| 平成令和 | 年　　月 | 病名： | 年齢　　　歳　　　ヶ月 |
| 平成令和 | 年　　月 | 病名： | 年齢　　　歳　　　ヶ月 |
| 平成令和 | 年　　月 | 病名： | 年齢　　　歳　　　ヶ月 |
| 服用中の薬 | 喘息、けいれん等で常時服用している薬があれば、具体的にご記入ください。（内服時間も） |
| 薬を飲むとき | 嫌がらずに飲める・嫌がり飲むのが大変 | 飲ませ方 | ｽﾌﾟｰﾝ・ｽﾎﾟｲﾄ・その他（　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 食物 | 無・有（具体的に：　　 　　　　　　　） |
| 薬 | 無・有（具体的に：　　 　　　　　　　） |
| その他 | 無・有（具体的に：　　 　　　　　　　） |
| その他 | 体質、癖など、心配なこと、配慮してほしいことなどあれば具体的にご記入ください。 |

※記入内容に変更がある場合は、速やかに再提出してください。