（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（ふりがな） | | | | | 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。