

千葉県病児・病後児保育事業利用登録票

登録番号

診察券番号

登録日 年 月 日

修正日① 年 月 日

修正日② 年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請又は保護者^{ふりがな}氏名

千葉県病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。

ふりがな 児童氏名	愛称()		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
児童の 兄弟姉妹	氏名 ()歳 氏名 ()歳	氏名 ()歳 氏名 ()歳			
児童の所属	保育所・保育園・幼稚園・小学校		電話 ()		
かかりつけの 医 院 名	-----				
保護者氏名	1	続柄	連絡先	携帯電話 () メールアドレス(携帯)	勤務先名 電話 ()
	2	続柄	連絡先	携帯電話 () メールアドレス(携帯)	勤務先名 電話 ()
	3	続柄	連絡先	携帯電話 () メールアドレス(携帯)	勤務先名 電話 ()
自 宅	住所(〒 -) 電話 ()				
食事	乳児	ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工	1回量 ()cc	回数 ()/日
		離乳食	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期	回数 ()/日	
昼食 — 時頃	幼	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う <input type="checkbox"/> はしを使う		
		食事時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則		
		食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある		
	児	好きな物			
		嫌いな物			
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけつける <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中			
	小 便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらふ <input type="checkbox"/> ひとりでする	回数 ()/日		
	大 便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらふ <input type="checkbox"/> ひとりでする	回数 ()/日		
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない			
昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する				
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き その他()				
好きな遊び					
性格・くせ・ 怖がるもの など					
保育への要望など					

※申請又は保護者は、登録・診察券番号欄には記入しないでください。 ※該当欄□にレを付けてください。

※勤務先、連絡先などはすべて記入し、変更があった場合には速やかにご連絡ください。

※個人情報は、当病児保育室で厳重に保管し、保育に必要な場合にのみ使用し、他の目的では使用しません。

お分かりになる範囲で、ご記入ください。

ふりがな
児童氏名 _____

1. 生まれた頃の様子についてお答えください。

周 産 期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	在胎週数	() 週
	出生時の体重	() g
	出生時の身長	() cm
	分娩時異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2. 今までに受けた予防接種についてお答えください。

予 防 接 種	<input type="checkbox"/> BCG		年	月
	<input type="checkbox"/> ポリオ	1回目	年	月
		2回目	年	月
	<input type="checkbox"/> 三種混合	I 期1回目	年	月
		2回目	年	月
		3回目	年	月
		I 期追加	年	月
	<input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合	I 期	年	月
		II 期	年	月
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目	年	月
		2回目	年	月
		追加	年	月
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		年	月
	<input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう)		年	月
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン	1回目	年	月
2回目		年	月	
3回目		年	月	
追加		年	月	
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン (プレベナー)	1回目	年	月	
	2回目	年	月	
	3回目	年	月	
	追加	年	月	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
	年	月	年	月
<input type="checkbox"/> その他(上記以外の予防接種を受けている場合はすべて記入)	()	年	月	
	()	年	月	
	()	年	月	
	()	年	月	
	()	年	月	
	()	年	月	
	()	年	月	

3. 今までにかかった病気等についてお答えください。

生まれつきの病気はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー (除去食)	病名()
	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 () アナフィラキシー(アレルギー反応) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー	種類等
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん () 回	なし 初回 歳 月 最後 歳 月
<input type="checkbox"/> 突発性発疹	歳頃
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	歳頃
<input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか)	歳頃
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳頃
<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	歳頃
<input type="checkbox"/> 百日咳	歳頃
<input type="checkbox"/> B型肝炎 (<input type="checkbox"/> キャリアー <input type="checkbox"/> キャリアーでない)	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎	
<input type="checkbox"/> 喘息	治療 薬 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎	治療 吸入 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	治療 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法
<input type="checkbox"/> 川崎病	心臓合併症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 気になる発達の状況	具体的にご記入ください。
<input type="checkbox"/> その他	病名()
	病名()
<input type="checkbox"/> 入院	病名()