

神戸市病児・病後児保育事業 利用登録票

平成 年 月 日 記入

記入者名 \_\_\_\_\_

フリガナ 氏名		男女	愛称	生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 _____				TEL _____
家庭医名	TEL _____		保育所等名	TEL _____	
家族 の 状況	父・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL _____	
	母・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL _____	
	兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)	歳(男・女)
緊急時の連絡先	氏名	TEL _____		(対象児との続柄)	
周産期	・妊娠中の異常 なし・あり ( _____ ) ・出生時体重 _____ g ・出産は(予定どおり・ _____ 日早かった・遅かった) (在胎 _____ 週) ・出産時の異常 なし・あり( _____ )				
乳児期の 発達	・首のすわり ( _____ カ月)      ・おすわり ( _____ カ月)      ・発語(意味のある言葉) ( _____ 歳 _____ カ月) ・一人歩き ( _____ カ月)      ・発達の遅れ(疑いあり・なし) ・栄養法 (母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期 (前期 : _____ カ月) (中期 : _____ カ月) (後期 : _____ カ月) (幼児食 : _____ 歳 _____ カ月)				
予防 接種	BCG	未・済			
	MR(麻しん・風しん)	未・1期済・2期済			
	ポリオ(□生ワク □不活化) ※四種混合接種者は記入不要	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	□三種 □四種 混合	未・I期1回目済・2回目済・3回目済・追加			
	日本脳炎	未・I期1回目済・2回目済・追加済			
	ヒブワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・1回目済・2回目済			
	水痘	未・1回目済・2回目済			
	B型肝炎(HB)	未・済			
その他	( _____ )				
既往歴	・麻しん(はしか)      ・水痘(水ぼうそう)      ・風しん      ・百日咳      ・てんかん ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)      ・川崎病      ・熱性けいれん      ・気管支喘息 ・結核      ・アトピー性皮膚炎      ・その他 ( _____ )				
食事	嫌いな食べ物 ( _____ ) アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。				
その他	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)				