

病児保育利用登録書

登録 番号	
----------	--

年 月 日 記入

病児保育利用登録書は、お子様が安心して過ごせるように配慮するためのものであり、病児保育利用登録書の内容をもって利用の可否を判断することはありません。また、事前に伝えておきたいことや配慮してほしいことがありましたら、「その他」欄にご記入ください。

フリガナ 児童 氏名 愛称 ()	男 女	(才 ヶ月) 生年月日 令和 年 月 日生	平熱 ℃
自宅住所(〒 -)		電話	
緊急時連絡先		災害時連絡用 メールアドレス	
通所保育施設 認可保育所・認定こども園・(小規模・事業所内・家庭的)保育事業所 ナースリールーム・家庭保育室 幼稚園・企業主導型保育事業所・その他の認可外保育施設			
かかりつけ の医師 医療機関名		医師名 電話 -	
家族の状況	氏名	勤務先	携帯電話
父	名称	名称	電話
母	名称	名称	電話
兄弟姉妹 : ① 男・女 (才) ② 男・女 (才) ③ 男・女 (才) 同居人 : <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他の同居人 ()			
健康保険被証	記号	番号	保険者番号
生育歴	妊娠中の異常 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 出生時体重 : _____ g _____ 週 _____ 日 生まれつきの病気 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名) 健診歴 : <input type="checkbox"/> 乳幼児健診で異常は言われたことはない。 <input type="checkbox"/> 健診での異常(発達・体重・身長・その他) <input type="checkbox"/> 健診を受けたことはない。 栄養 : <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 離乳食開始時期 : _____ ヶ月		
既往歴	これまでにかかった大きな病気: ① _____ ② _____ ③ _____ これまでにかかった感染症 : <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふく 持病の有無 : <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(型) <input type="checkbox"/> 糖尿病(型) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()		
予防接種	<input type="checkbox"/> 5種混合(回・追加) <input type="checkbox"/> 4種混合(回・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ(回・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(回・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(回・追加) <input type="checkbox"/> 水痘(回) <input type="checkbox"/> おたふく(回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス(回) <input type="checkbox"/> B型肝炎(回) <input type="checkbox"/> その他()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 食物 ・ 薬物 () ・ その他 ()		
(現在の)食事	乳児	ミルク : <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 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	
	幼児	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"/> ひとりでする <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 嫌いなもの	
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 小便 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする 回数()/日 大便 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <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	
お昼寝	<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"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他()		
療育施設等の通所の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
発達に関する相談歴	言葉や発達のことで相談したこと、指導を受けたことがあるか : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 (場所) で について		
性格・くせ			
その他	例: 落ち着きがない、環境の変化に敏感、他の子に手を出してしまう等		