

十日町市病児保育事業登録票

施設長様

十日町市病児保育事業の利用のため、次のとおり登録します。

登録番号	
------	--

記入者名

ふりがな 児童氏名	男・女	通所(園)・小学校名	(未満児・年少・年中・年長・学年)			
生年月日	年 月 日(歳)	お子様の愛称				
住所	(〒 -) (町名) 電話 () -					
保護者氏名						
緊急連絡先	(氏名) (勤務先) 電話 () -					
利用児童を除く全世帯員	氏名	続柄	勤務先・学校名等			
		父				
		母				
お子様のかかりつけ医						
周産期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	出生時体重	g				
	出産状況	<input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 日早・遅 (在胎 週)				
	出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
乳児期の発達状況	首のすわり	カ月	栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合()		
	おすわり	カ月		1回約 cc		
	一人歩き	カ月	離乳食を始めていますか	<input type="checkbox"/> はい(カ月頃から) <input type="checkbox"/> いいえ		
	人見知り	カ月	離乳食のめやす	<input type="checkbox"/> そのまま飲み込める固さ		
	母親の後追い	カ月		<input type="checkbox"/> 舌で潰せる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきで潰せる固さ		
	初語:意味有	カ月	何時に食べていますか	6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8 時		
予防接種	三種混合	①	年 月	四種混合	①	年 月
		②	年 月		②	年 月
		③	年 月		③	年 月
		④	年 月		④	年 月
	日本脳炎	①	年 月	B型肝炎	①	年 月
		②	年 月		②	年 月
		③	年 月		③	年 月

予防接種	小児用肺炎球菌	①	年	月	ヒブ	①	年	月	
		②	年	月		②	年	月	
		③	年	月		③	年	月	
		④	年	月		④	年	月	
	ポリオ (生ポリオの場合は2回)	①	年	月	麻しん・風しん	①	年	月	
		②	年	月		②	年	月	
		③	年	月	水ぼうそう	①	年	月	
		④	年	月		②	年	月	
	おたふくかぜ	①	年	月	B C G		年	月	
		②	年	月	()		年	月	
感染症歴	麻しん		歳	ヵ月	風しん		歳	ヵ月	
	百日咳		歳	ヵ月	水ぼうそう		歳	ヵ月	
	おたふくかぜ		歳	ヵ月	日本脳炎		歳	ヵ月	
	()		歳	ヵ月	()		歳	ヵ月	
これまでの 病 気 等	熱性けいれん		歳	ヵ月、最後は		歳	ヵ月 (これまでに	回)	
	気管支喘息 あるいは喘息 性気管支炎		歳	ヵ月から	毎日薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 発作時だけ 毎日吸入を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 発作時だけ				
	アトピー性 皮膚炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(治療は : <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法)							
	その他の病気 (具体的に)								
	入院したこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある							
		①病名 ()		歳	ヵ月				
		②病名 ()		歳	ヵ月				
③病名 ()			歳	ヵ月					
④病名 ()			歳	ヵ月					
	⑤病名 ()		歳	ヵ月					
常時内服 している 薬など	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 (内服時間なども)								
食事で注意 が 必要なこと等	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。								
そ の 他	体質(薬物アレルギーなど)や癖など、心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。								

※ 施設処理欄

利用料	<input type="checkbox"/> 2,000円	<input type="checkbox"/> 1,000円	<input type="checkbox"/> 0円
-----	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------