

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

令和 年 月 日記入

記入者名

| | | | | | | |
|--------------|-----------|---|--|---|---|-----|
| ふりがな 児童氏名 | 男・ 女 | 通園施設・小学校名 | (未満児・年少・年中・年長・ 学年) | | | |
| 生年月日 | 年 月 日(歳) | 児 童 の 愛 称 | | | | |
| 住 所 | (〒 -) | | (行政区:) | | | |
| | 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 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 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 | か月 | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合() | | | |
| | おすわり | か月 | 栄養法 1回約 cc | | | |
| | 一人歩き | か月 | 離乳食を始めていますか | <input type="checkbox"/> はい(か月頃から) <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | 人見知り | か月 | 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 | か月 | | <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 | か月 | 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 | ロタウイルス | ① | 年 月 | B型肝炎 | ① | 年 月 |
| | | ② | 年 月 | | ② | 年 月 |
| | | ③ | 年 月 | | ③ | 年 月 |
| | 四種混合 | ① | 年 月 | 五種混合 | ① | 年 月 |
| | | ② | 年 月 | | ② | 年 月 |
| | | ③ | 年 月 | | ③ | 年 月 |
| | | ④ | 年 月 | | ④ | 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 |
| | BCG | | 年 | 月 | 水ぼうそう | ① | 年 | 月 |
| | 日本脳炎 | ① | 年 | 月 | | ② | 年 | 月 |
| | | ② | 年 | 月 | おたふくかぜ | ① | 年 | 月 |
| | | ③ | 年 | 月 | | ② | 年 | 月 |
| | | ④ | 年 | 月 | その他 () | | 年 | 月 |
| | 麻しん・風しん | ① | 年 | 月 | | | 年 | 月 |
| ② | | 年 | 月 | | | 年 | 月 | |
| 二種混合 | | 年 | 月 | | | 年 | 月 | |
| 感染症歴 | おたふくかぜ | | 歳 | か月 | 水ぼうそう | | 歳 | か月 |
| | () | | 歳 | か月 | () | | 歳 | か月 |
| | () | | 歳 | か月 | () | | 歳 | か月 |
| | () | | 歳 | か月 | () | | 歳 | か月 |
| これまでの病気など | 熱性けいれん | 歳 か月、最後は 歳 か月 (これまでに 回) | | | | | | |
| | 気管支喘息 あるいは喘息 性気管支炎 | 歳 か月から 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 か月 | | | | | |
| ②病名 () | | 歳 か月 | | | | | | |
| | ③病名 () | 歳 か月 | | | | | | |
| 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など | 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。 | | | | | | | |