様式第１号（第６条関係）

**小城市病児・病後児保育室　児童登録票**

登録番号　№

年　　月　　日記入　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登　録　児　童 | 　　　 | 愛　称 | 性別 | 生年月日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日（　　　　歳　　　月） |
| 自宅住所（〒　　　　-　　　　）自宅電話番号：　　　　（　　）　　　　　 |
| 通園施設名 | 　　　　市　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）電話番号：　　　　-　　　　　- |
| かかりつけ医 | 無 ・ 有 （医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）電話番号：　　　　-　　　　　- |
| 家族構成（同居） | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 保護者連絡先 |
|  |  |  | 保護者続柄（　 　） | 勤務先：　　　　　　　　　　　　　（なし・求職中）職　種： |
|  |  |  |
|  |  |  | 携帯電話：　　　　-　　　　-　 |
|  |  |  | 保護者続柄（　 　） | 勤務先：　　　　　　　　　　　　　（なし・求職中）職　種： |
|  |  |  |
|  |  |  | 携帯電話：　　　　-　　　　-　 |
| 周産期 | 妊娠中の異常　：　**無**　・　**有**（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）出生時体重　　　　　　ｇ出産は　（　予定通り・　　　　　日　早かった・遅かった　）　（在胎　　　　週　）出産時の異常　：　**無**　・　**有**（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 乳児期の発達 | 首のすわり：　　　か月　　おすわり：　　　か月　　一人歩き：　　　か月栄 養 法　：（　母乳 ・ 人工 ・ 混合　）離乳食完了時期　　**未**（ 前期 ・ 中期 ・ 後期 ）　　**済**（　　　　か月）人見知り　：　　　か月　　　母親の後追い：　　　歳　　　か月初語（意味のあることば）：　　　歳　　　か月 |
| 予防接種等 | １ | ＢＣＧ ：　**未**　・　**済** | ８ | ロタウイルス：　**未**　・　**済**（　　）回 |
| ２ | 三種混合 ：　**未**　・　**済**（　　）回 | ９ | ポリオ ：　**未**　・　**済**　注射（不活化ﾜｸﾁﾝ）：（　　）回 |
| ３ | 四種混合 ：　**未**　・　**済**（　　）回 |
| ４ | ヒブ(Hib)： **未**　・　**済**（　　）回 | 10 | 水ぼうそう　：　**未**　・　**済**（　　）回　 |
| ５ | 肺炎球菌 ： **未**　・　**済**（　　）回 | 11 | おたふくかぜ：　**未**　・　**済**（　　）回　 |
| ６ | 麻疹風疹 ： **未**　・　**済**（　　）回 | 12 | 日本脳炎　　： **未**　・　**済**（　　）回 |
| ７ | Ｂ型肝炎 ： **未**　・　**済**（　　）回 | 13 | **その他接種したもの**（　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| これまでの病気 | けいれん | 　**無**　・　**有**（　　）回　　最後はいつ（　　　年　　月　　日）　（座薬の指示　有　　　　℃以上　・　無　） |
| 喘息喘息様気管支炎 | 　**無**　・　**有**　毎日　薬を　　　**飲んでいる**　・　**いない**　・　**発作時だけ**　毎日　吸入療法を　**している**　・　**いない**　・　**発作時だけ** |
| アトピー性皮膚炎 | 　**無**　・　**有**　（　治療は　**内服薬**　・　**食事療法**　） |
| アレルギー | 　**無**　・　**有**　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかった病気 | 　１．突発性発疹　　２．はしか　　３．風疹　　４．水ぼうそう５．おたふくかぜ　 |
| その他の病気（具体的に） |  |
| 入院したこと | 　**無**　・　**有**　　　（病名：　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　　か月）　　　　　　　　　（病名：　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　　か月）（病名：　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　　か月）（病名：　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　　か月） |
| 常時内服している薬 | 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内服時間など具体的にお書きください。 |
| 食事 | 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（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。 |

|  |
| --- |
| * 保育中に医師の判断によって医療行為（吸入・吸引等）を行う場合があることに

（　同意します。　　同意しません。　） |