

病児保育利用登録書

登録 番号	
----------	--

年 月 日 記入

フリガナ 児童 氏名 愛称（ ）	男 女	生年月日 平成（ ）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・小規模保育事業所・事業所内保育事業所 ナーサリールーム・家庭保育室・地域型事業所内保育施設			
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：□祖父 □祖母 □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：□なし □あり 出生時体重：_____g _____週 _____日 生まれつきの病気：□なし □あり（病名_____） 健診歴：□乳幼児健診で異常は言われたことはない。 □健診での異常（発達・体重・身長・その他_____） □健診を受けたことはない。 栄養：□母乳 □混合 □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：□突発性発疹 □麻疹 □水痘 □風疹 □百日咳 □おたふく 持病の有無：□アトピー性皮膚炎 □気管支喘息 □アレルギー性鼻炎 □アレルギー性結膜炎 □慢性肝炎（_____型） □糖尿病（_____型） □熱性けいれん □てんかん □その他（_____）		
予防接種	□Hib（_____回・追加） □肺炎球菌（_____回・追加） □四種混合（_____回・追加） □三種混合（_____回・追加） □ポリオ（経口_____回・皮下接種_____回） □BCG □麻疹・風疹混合 □日本脳炎（_____回・追加） □水痘（_____回） □おたふく（_____回） □ロタウィルス（_____回） □B型肝炎（_____回） □その他（_____）		
アレルギー	□なし □あり ・食物・薬物（_____） ・その他（_____）		
(現在の) 食事	乳児	ミルク：□母乳 □混合 □ミルク 1回量（_____）cc 回数（_____）/日 離乳食：□初期 □中期 □後期 回数（_____）/日	
	幼児	食べ方 □食べさせてもらう □自分で食べようとするが不十分 □自分で食べられる □手づかみ □スプーン・フォークを使う □はしを使う 食事時間 □普通 □時間がかかる □不規則 食事の量 □少ない □普通 □多い □むらがある 嫌いなもの	
排泄	オムツ	□一日中 □寝るときだけ □トイレトレーニング中	
	小便 大便 したい時	□手伝ってもらい □ひとりでする 回数（_____）/日 □手伝ってもらい □ひとりでする 回数（_____）/日 □動作で知らせる □言葉で知らせる □知らせない	
お昼寝	□する □しない □時々する		
好きな寝方	□添い寝 □ひとり寝 □抱っこ □仰向け □うつ伏せ □横向き □その他（_____）		
性格・くせ			
その他			

※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。

記入者名 _____