様式第１号（第７条関係）

山県市病児保育利用登録票

（実施主体）：山県市社会福祉協議会　会長　様　　年　　月　　日記入

<table>
<tr><td colspan="2">ふりがな
児童氏名</td><td>男
女</td><td colspan="2">生年月日　　年　　月　　日生（　歳　か月）
愛称</td></tr>
<tr><td rowspan="4">保護者</td><td colspan="2">父・氏名　　（　　歳）</td><td colspan="2">携帯電話</td></tr>
<tr><td colspan="2">母・氏名　　（　　歳）</td><td colspan="2">携帯電話</td></tr>
<tr><td colspan="4">自宅住所（〒　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">自宅電話　　－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">兄弟姉妹</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">緊急連絡先</td><td colspan="4">氏名　　（続柄）</td></tr>
<tr><td colspan="4">連絡先（携帯電話等）</td></tr>
<tr><td colspan="4">氏名　　（続柄）</td></tr>
<tr><td colspan="4">連絡先（携帯電話等）</td></tr>
<tr><td colspan="2">保育園・学校名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">かかりつけ医
（電話番号）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">かかりつけ医休診時の受診先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保険証のコピーを貼って下さい</td><td colspan="3">乳幼児受給者証のコピーを貼って下さい</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他</td><td colspan="4">障害手帳など（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">その他のサービス利用等</td></tr>
<tr><td rowspan="3">周産期</td><td colspan="4">妊娠中の異常　　有（　　）　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="4">出産中の異常　　有（　　）　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="4">発達の異常　　有（　　）　・　無</td></tr>
<tr><td>乳児期の発達</td><td colspan="4">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）
離乳食開始時期（前期：　か月/中期：　か月/後期：　か月/幼児食：　歳　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</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="7">予防接種</td><td>病気</td><td>予防接種状況</td><td>病気</td><td>予防接種状況</td></tr>
<tr><td>ＢＣＧ</td><td>済　・　未</td><td>麻しん・風しん</td><td>済・接種途中・未</td></tr>
<tr><td>Ｂ型肝炎</td><td>済・接種途中・未</td><td>水ぼうそう</td><td>済・接種途中・未</td></tr>
<tr><td>小児肺炎球菌</td><td>済・接種途中・未</td><td>日本脳炎</td><td>済・接種途中・未</td></tr>
<tr><td>ヒブ</td><td>済・接種途中・未</td><td rowspan="2">流行性耳下腺炎
（おたふく）</td><td rowspan="2">済　・　未</td></tr>
<tr><td>四種混合</td><td>済・接種途中・未</td></tr>
<tr><td>三種混合</td><td>済・接種途中・未</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">これまでの病気</td><td colspan="4">今までにかかった病気に○を付けて下さい。
１．突発性発疹　　２．はしか（麻しん）　　３．風しん　　４．水ぼうそう
５．おたふく（流行性耳下腺炎）　　６．百日咳　　７．りんご病</td></tr>
<tr><td>熱性痙攣</td><td colspan="3">ない　・　ある（下記にご記入下さい）
（初回）　　歳　か月　・　最終　　歳　か月（これまでに　　回）
（処置法）　座薬　有　（　　℃以上で使用）　・　無</td></tr>
<tr><td>喘　　息</td><td colspan="3">ない　・　ある（下記にご記入下さい）
（内服）　毎日飲んでいる　　・　いない　・　発作時だけ
（吸入）　毎日している　　・　いない　・　発作時だけ</td></tr>
<tr><td>アトピー性皮膚炎</td><td colspan="3">ない　・　ある（　内服薬　・　塗り薬　・　食事療法　）</td></tr>
<tr><td>入　院　歴</td><td colspan="3">病名　　歳　　か月</td></tr>
<tr><td>その他の病気
（具体的に）</td><td colspan="3">病名　　歳　　か月</td></tr>
<tr><td>常用内服薬</td><td colspan="4">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。（内服時間も）
病名・内服名・回数・時間</td></tr>
<tr><td>食事</td><td colspan="4">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。</td></tr>
<tr><td>午睡</td><td colspan="4">昼寝の習慣　有　・　無
寝るときの癖等</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4">体質（薬物アレルギー等）や癖など心配なこと・配慮してほしいこと・好きな遊びなど</td></tr>
</table>

※いただきました個人情報は、病児保育事業のみに利用するとともに適正に管理いたします。

受付日　／	受付印