

山口市病児保育利用登録票

(実施主体): 山口市社会福祉協議会 会長 様

年 月 日記入

ふりがな		男	生年月日 年 月 日生 (歳 か月)			
児童氏名		女	愛称			
保 護 者	父・氏名 (歳)		携帯電話			
	母・氏名 (歳)		携帯電話			
	自宅住所 (〒 —)					
	自宅電話 — —					
兄弟姉妹						
緊 急 連 絡 先	氏名 (続柄)					
	連絡先 (携帯電話等)					
	氏名 (続柄)					
	連絡先 (携帯電話等)					
保育園・学校名						
かかりつけ医 (電話番号)						
かかりつけ医休診時の受診先						
保険証のコピーを貼って下さい			乳幼児受給者証のコピーを貼って下さい			
そ の 他	障害手帳など ()					
	その他のサービス利用等					
周 産 期	妊娠中の異常 有 ()		・ 無			
	出産中の異常 有 ()		・ 無			
	発達の異常 有 ()		・ 無			
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					

予 防 接 種	病気	予防接種状況	病気	予防接種状況
	B C G	済 ・ 未	麻しん・風しん	済・接種途中・未
	B 型肝炎	済・接種途中・未	水ぼうそう	済・接種途中・未
	小児肺炎球菌	済・接種途中・未	日本脳炎	済・接種途中・未
	ヒブ	済・接種途中・未	流行性耳下腺炎 (おたふく)	済 ・ 未
	四種混合	済・接種途中・未		
	三種混合	済・接種途中・未		
こ れ ま で の 病 気	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			
	熱性痙攣	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		
	喘 息	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		
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある（ 内服薬 ・ 塗り薬 ・ 食事療法 ）		
	入 院 歴	病名 歳 か月		
	その他の病気 （具体的に）	病名 歳 か月		
常 用 内 服 薬	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			
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。			
午 睡	昼寝の習慣 有 ・ 無 寝るときの癖等			
そ の 他	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			
※いただきました個人情報等は、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