様式第３号

**令和　　年度　小山市病児・病後児保育事業利用登録書**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日：令和　　　年　　　月　　　日 | ※保育課受付日：令和　　　年　　　月　　　日 |
| 児童氏名 | ふりがな | 男・女 | 生年月日 | Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日（　　　　　歳　　　か月） |
|  |
| お子さんの愛称 |  | 保育所（園）・幼稚園・認定こども園・小学校名 | ℡　　　　　（　　　） |
| 保護者 | 氏名 | ふりがな | 児童との続柄： |
|  | 自宅電話　　　（　　　） |
| 住所 |  |
| 事前登録している兄弟姉妹がいる場合 | 氏名 | （　　　歳　　　か月） | 男女 | 氏名 | （　　　歳　　　か月） | 男女 |
| 氏名 | （　　　歳　　　か月） | 男女 | 氏名 | （　　　歳　　　か月） | 男女 |
| 緊急連絡先 | 続柄 | 氏　　名 | 勤務先等名称 | 電話番号 |
|  |  |  | ℡　　　　（　　） |
| 携帯　　　（　　） |
|  |  |  | ℡　　　　（　　） |
| 携帯　　　（　　） |
|  |  |  | ℡　　　　（　　） |
| 携帯　　　（　　）　 |
| 健康保険証 | 記号　　　　　　　番号　　　　　　　　保険者番号 |
| かかりつけの病院名 | １ | ℡　　　　（　　） |
| ２ | ℡　　　　（　　） |
| お子さんの状態について詳しくお伺いします。（あてはまるものに○を付けるかご記入ください。） |
| 出産時の様子 | 在胎（　　　週）（　　　　　　ｇ） | 分娩時の異常 | ある　・　ない |
| 乳児期の発育 | 首がすわる（　　）か月　　お座り（　　）か月　　一人歩き（　　）か月　人見知り（　　）か月　　　親の後追い（　　）か月発語（意味のある言葉）（　　）歳（　　　）か月栄養法　　母乳　・　ミルク　・　混合離乳食開始　　前期（　　）か月　　中期（　　）か月　　後期（　　）か月 |
| 予 防 接 種（接種したもの にチェック） | □ インフルエンザ菌ｂ型 (Hib) | □ ＭＲ（麻しん(はしか)・風しん） |
| □ 小児肺炎球菌 | □ ＢＣＧ（結核） |
| □ Ｂ型肝炎 | □ ４種混合 (ポリオ・破傷風・百日咳・ジフテリア） |
| □ ロタウイルス | □ 日本脳炎 |
| □ 水ぼうそう（水痘） | □ おたふくかぜ（流行性耳下腺炎） |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）
 |

 **【表面】**

|  |  |
| --- | --- |
| これまでにかかった主な感染症 | 1．突発性発疹　　2．麻しん（はしか）・風しん　3．水痘（水ぼうそう）4．流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　 5．手足口病　　6．りんご病　　7．百日咳　　8．咽頭結膜熱　　9．結核 10．ヘルパンギーナ　　11．肝炎（　　　型）（キャリアーで ない　・　ある　）12 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| これまでにかかった主な病気など | 熱性けいれん：初回（　　　）歳　以後（　　）回反復　最終（　　）年（　　）月 |
| 喘　　息喘息様気管支炎 | 内服薬を継続的に飲んで（いない・いる：薬の名前　　　　　）自宅で吸入療法をして（いない・いる：薬の名前　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　（回数　　　　　　　　） |
| その他の病気（具体的に） |  |
| 入院したことがありますか？ | ない　　・　　ある |
| ある場合 | 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について | 喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服している薬がある場合、薬の内容や内服時間などについて具体的にご記入ください。 |
| 食物アレルギー | アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について、具体的にご記入ください。　その品目について食事制限をしていますか？（　いる　・　いない　） |
| その他 | お子さんの性格、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がありましたら具体的にご記入ください。 |
| 備　考 |  |

**【裏面】**