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】**