

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		※こども課受付日：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	Tel ()	
保護者	氏名	ふりがな		児童との続柄：		
	住所			自宅電話 ()		
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	
					Tel ()	
					携帯 ()	
					Tel ()	
					携帯 ()	
					Tel ()	
				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			Tel ()		
	2			Tel ()		
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)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)		<input type="checkbox"/> MR(麻しん(はしか)・風しん)			
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌		<input type="checkbox"/> BCG(結核)			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎		<input type="checkbox"/> 4種混合(ポリオ・破傷風・百日咳・ジフテリア)			
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス		<input type="checkbox"/> 日本脳炎			
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう(水痘)		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)			
<input type="checkbox"/> その他()						

