

病児保育とくよし利用登録書

(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい。わからないところは、無記入でもかまいません)

記入日 年 月 日

申請者氏名 _____

| | | | |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|
| カガナ 氏名 | 男 女 | 愛称 | 生年月日 (歳 年 月 日生 (歳 か月) |
| 住 所 | | TEL | |
| 保育所等名 | | TEL | |
| 世帯 の 状 況 | 父・氏名 | 勤務先 | TEL |
| | 母・氏名 | 勤務先 | TEL |
| | 〈家族構成〉父・母・兄 () 歳・姉 () 歳・妹 () 歳・弟 () 歳・祖父・祖母 | | |
| 緊急連絡先 | | ① 連絡先 () TEL | |
| | | ② 連絡先 () TEL | |
| 生 育 歴 | ・妊娠中の異常 なし・あり () ・出生時体重 () g ・出産は (予定通り・_____日早かった・遅かった) (在胎 週) ・出産時の異常 なし・あり () ・新生時期に問題がありましたか? なし・あり () ・同年齢の子に比べて、発達、発育に遅れがありましたか? なし・あり () | | |
| 既 往 歴 | 突発性発疹 麻しん (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 () ・熱性けいれん (回数 回) 最後はいつですか (年 月 日) 座薬の指示: 有 ・ 無 | | |
| ア レ ル ギ ー | ・薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 なし・あり () ・食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 なし・あり () ※「はい」の方で食事制限を受けているものがありますか。 () | | |
| そ の 他 | ・好きな遊び () ・お子さんの癖 () ・何か気になること、心配事があればお書きください。 () | | |

予防接種履歴

| | |
|------------------|------------------------------|
| BCG | 未 ・ 済 |
| ポリオ (生ワクチン) | 未 ・ 1回 ・ 2回 |
| ポリオ (単独・不活化ワクチン) | 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加 |
| 三種混合 | 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加 |
| 四種混合 | 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加 |
| 麻しん風しん混合 | 未 ・ 第1期 ・ 第2期 |
| 日本脳炎 | 未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加 |
| ヒブワクチン | 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 |
| 肺炎球菌 | 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 |
| 水痘 | 未 ・ 1回 ・ 2回 |
| おたふくかぜ | 未 ・ 済 |
| B型肝炎 | 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 |
| ロタウイルス | 未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回 |