|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

**病　後　児　保　育　利　用　登　録　書**

　　　年　　　月　　　日　記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ児童氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛称(　　　　　　　) | 男・女 | 　　　　　　　　　(　　　才　　　ヶ月)生年月日　平成　　　年　　　月　　　日生 | 平熱 |
| 　　　　　℃ |
| 自宅住所　(〒　　　-　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急連絡先 | 災害時連絡用メールアドレス |
| 通所施設　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認可保育園・ナーサリールーム　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　家庭保育室・地域型事業所内保育施設 |
| 家庭の状況 | 氏名 | 勤務先 | 携帯電話 |
|  | 父 |  | 名称 | 電話 |  |
| 母 |  | 名称 | 電話 |  |
| 兄弟姉妹　：①　男・女　(　　　　才)　②　男・女　(　　　　才)　③　男・女　(　　　　才)同居人　　：□祖父　　　□祖母　　　□その他の同居人(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 健康保健証 | 記号　　　　　　　　　　番号　　　　　　　　　　　　　保健者番号 |
| 生育歴 | 妊娠中の異常：□なし　　□あり出生時体重　　　　　　　　　　　　　　　g　　　　　　　　　　　週　　　　　　日生まれつきの病気　　　□なし　　　　□あり(病名　　　　　　　　　　　　　　　)健診歴：□乳幼児健診で異常は言われたことはない。　　　　□健診で異常(発達・体重・身長・その他　　　　　　　　　　　　　)　　　　□健診を受けたことはない。栄養：□母乳　　　　□混合　　　　□ミルク　　　：　　　　離乳食開始時期　　　　　ヶ月 |
| 既往歴 | これまでにかかった大きな病気：①　　　　　　　　②　　　　　　　　　③これまでにかかった感染症：□突発性発疹　□麻疹　□水痘　□風疹　□百日咳　□おたふく持病の有無：□アトピー性皮膚炎　□気管支喘息　□アレルギー性鼻炎　□アレルギー性結膜炎　　　　　　□慢性肝炎(　　　型)　□糖尿病(　　　型)　□熱性けいれん　□てんかん　　　　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 予防接種 | □Hib(　　　回・追加)　□肺炎球菌(　　　　回・追加)　□四種混合(　　　回・追加)□三種混合(　　　　回・追加)　□ポリオ(経口　　　回・皮下接種　　　回)　□ＢＣＧ□麻疹・風疹混合　□日本脳炎(　　　回・追加)　□水痘(　　　回)　□おたふく(　　　回)□ロタウイルス(　　　　回)　□Ｂ型肺炎(　　　回)　□その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| アレルギー | □なし　　　　□あり　　・食物　・薬物(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (現在の)食事 | 乳児 | ミルク：□母乳　□混合　□ミルク　１回量(　　　　ｃｃ)　回数(　　　)/日離乳食：□初期　□中期　□後期　　　　回数　(　　　　　　　　)/日 |
| 幼児 | 食べ方　　　□食べさせてもらう□自分で食べようとするが不十分□自分で食べられる　　　　　　□手づかみ　□スプーン・フォークを使う　□はしを使う食事時間　　□普通　　□時間がかかる　　□不規則食事の量　　□少ない　　□普通　　□多い　　□むらがある嫌いなもの |
| 排泄 | オムツ小便大便したい時 | □一日中　　　　□寝るときだけ　　　　□トイレトレーニング中□手伝ってもらう　　□ひとりでする　　　回数　　(　　　　　　　)/日□手伝ってもらう　　□ひとりでする　　　回数　　(　　　　　　　)/日□動作で知らせる　　□言葉で知らせる　　□知らせない |
| 午睡 | □する　　　□しない　　　□時々する |
| 好きな寝方 | □添い寝　□ひとり寝　□抱っこ　□仰向け　□うつ伏せ　□横向き　□その他(　　　　　) |
| 性格・くせ |  |
| その他 |  |

　記入者