

別記

第1号様式（第6条関係）

登録番号	
------	--

年 月 日

阿久根市病児保育事業登録申請書

ふりがな 児童氏名		愛称		男 ・ 女	年 月 日生 (歳 か月)
住 所	〒 ー				電話番号
メールアドレス					
保護者	父	ふりがな 氏 名			携帯番号等
		勤務先等			電話番号
	母	ふりがな 氏 名			携帯番号等
		勤務先等			電話番号
上記以外の 緊急連絡先	ふりがな 氏 名	続柄【 ー 】		電話番号	
かかりつけ 医療機関					電話番号
在 籍 園 ・ 学 校					

※ 該当するものに○印を付けてください。

生 育 歴	出生体重： g	出生時の異常： 無 ・ 有 ()
予 防 接 種	B 型 肝 炎	受けた(1回目・2回目・3回目) ・ 受けていない
	ロ タ ウ イ ル ス	受けた(1回目・2回目・3回目) ・ 受けていない
	小 児 用 肺 炎 球 菌	受けた(1回目・2回目・3回目・追加) ・ 受けていない
	四 種 混 合	受けた(1回目・2回目・3回目・追加) ・ 受けていない
	五 種 混 合	受けた(1回目・2回目・3回目・追加) ・ 受けていない
	ヒ ー ブ	受けた(1回目・2回目・3回目・追加) ・ 受けていない
	B C G	受けた ・ 受けていない
	MR (麻疹・風疹)	受けた(1期・2期) ・ 受けていない
	水 痘	受けた(1回目・2回目) ・ 受けていない
日 本 脳 炎	受けた(1期1回目・2回目・追加・2期) ・ 受けていない	

(裏面)

既往歴	1 突発性発疹 2 麻疹 3 風疹 4 水痘 5 咽頭結膜熱 (プール熱) 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 7 アトピー性皮膚炎 8 熱性痙攣 (回数 回) (最後は 年 月 日) (痙攣予防薬指示: 有・無) 9 喘息・喘息性気管支炎 10 その他 ()
起こしやすい病気等	鼻出血・下痢・脱臼・じんましん・喘息・鼻炎・中耳炎 その他 ()
入院の有無	無・有 病名 () 歳 か月 病名 () 歳 か月
常時服用薬	無・有 ()
食物アレルギー	無・有 ()
睡眠	1日 (時間睡眠) 午睡: 無・有 (時間)
排泄	・自立している ・自立していない (全てオムツ・トレーニング中・睡眠時のみオムツ)
その他	体質 (薬物アレルギー等) や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にご記入ください。

※ この登録票は、看護・保育の参考にさせていただきます。第三者に知られることはありませんので、事実を記入してください。