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 | 〒　　　－ | 電話番号 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 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【　　　】 | 電話番号 |
| かかりつけ医療機関 |  | 電話番号 |
| 在籍園・学校 |  |

※　該当するものに〇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 |
| ヒブ | 受けた(１回目・２回目・３回目・追加) ・ 受けていない |
| ＢＣＧ | 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。