

様式第2号

登録番号

年 月 日

向日市病後児及び病児保育事業登録票

|              |           |      |                   |  |
|--------------|-----------|------|-------------------|--|
| ふりがな<br>児童氏名 |           | 男・女  | 愛称                |  |
| 生年月日         | 令和 年 月 日生 |      |                   |  |
| 自宅住所         | 〒617ー     |      | 自宅電話番号<br>自宅FAX番号 |  |
| 保護者の氏名       | 父         | 勤務先  | 名称                |  |
|              | 携帯電話 ( )  |      | 電話番号              |  |
|              | 母         | 勤務先  | 名称                |  |
|              | 携帯電話 ( )  |      | 電話番号              |  |
| 上記以外の緊急連絡先   |           | 氏名   | 電話番号              |  |
| かかりつけ医師      |           | 電話番号 |                   |  |
| 保育所等の名称      |           |      |                   |  |

|                              |                                                                                                                                                                       |  |  |  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 生育歴：出生 週 g 出生時の異常：ない ある      |                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| 予防接種                         | BCG 受けた 受けていない                                                                                                                                                        |  |  |  |
|                              | 4種混合・5種混合 受けた (1期1回・2回・3回・追加) 受けていない                                                                                                                                  |  |  |  |
|                              | Hib感染症 受けた (1期1回・2回・3回・追加) 受けていない                                                                                                                                     |  |  |  |
|                              | 小児肺炎球菌 受けた (1期1回・2回・3回・追加) 受けていない                                                                                                                                     |  |  |  |
|                              | B型肝炎 受けた (1回・2回・3回) 受けていない                                                                                                                                            |  |  |  |
|                              | <del>2種混合</del> —(麻しん及び風しん)— 受けた( 第1期 ・ 第2期 ) 受けていない                                                                                                                  |  |  |  |
|                              | 日本脳炎 受けた (1期1回・2回・追加) 受けていない                                                                                                                                          |  |  |  |
|                              | おたふくかぜ 受けた 受けていない                                                                                                                                                     |  |  |  |
|                              | 水ぼうそう 受けた(1回・2回) 受けていない                                                                                                                                               |  |  |  |
| これまでにかかった主な感染症や病気に○印を付けてください | 1. 突発性発疹    2. はしか    3. 風しん    4. 水ぼうそう<br>5. おたふくかぜ    6. アトピー性皮膚炎<br>7. 熱性けいれん (回数 回) (最後は 年 月 日) (けいれん予防薬指示 有 無)<br>8. 喘息および喘息性気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ)<br>9. その他 ( ) |  |  |  |
| 入院の有無                        | 1. 無    2. 有の場合は下記にお書きください<br>病名 ( ) 歳 か月<br>病名 ( ) 歳 か月<br>病名 ( ) 歳 か月                                                                                               |  |  |  |
| 常時服用薬                        | 1. 無    2. 有 (具体的に )                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 食事制限                         | 1. 無    2. 有 (具体的に )                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 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お書きください                                                                                                                    |  |  |  |

※この登録票は、看護・保育の参考にさせていただきます。第3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。