|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１号様式 | 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  病児氏名 | |  | | 愛称 |  | 男  ・  女 | 年　　月　 日生（　　　歳　　　か月） |
| 住所 | | 〒　　　－ | | | | | 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 |
| 勤務先等 |  | | | | 電話番号 |
| 母 | ふりがな  氏名 |  | | | | 携帯番号 |
| 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○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  ※登録後に接種された場合はご連絡ください | B型肝炎 | 受けた　(1回・2回・3回)　・　受けていない |
| ロタウイルス | 受けた　(1回・2回・3回)　・　受けていない |
| 小児用肺炎球菌 | 受けた　(1回・2回・3回・追加)　・　受けていない |
| 四種混合 | 受けた　(1回・2回・3回・追加)　・　受けていない |
| 五種混合 | 受けた　(1回・2回・3回・追加)　・　受けていない |
| ヒブ | 受けた　(1回・2回・3回・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・2回)　・　受けていない |
| 日本脳炎 | 受けた　(1期1回・2回・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。