

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	〒 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	
		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 園校 ・ 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
	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・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。