

登録番号	
------	--

利用料免除番号	
区役所確認日	

病児・病後児保育室利用登録兼児童票

(保護者 ⇒ 施設)

※利用登録する際（もしくはご利用前）に、ご記入ください。

年 月 日記入 記入者氏名 _____

<施設一覧>

病児・病後児	中央ながかみ保育園 みどり保育園 みつばち保育園 さくらんぼルーム(桜町クリニック)	病後児	聖隷こども園めぐみ 聖隷こども園わかば
--------	---	-----	------------------------

1 世帯・児童の状況等

ふりがな	男	生年月日	年	月	日生
氏名	女		__	__	__
保護者	父・氏名	(歳)	お子さんの愛称		
	母・氏名	(歳)			
	自宅住所 (〒)				
	自宅電話	-	-		
きょうだい	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)		
職業	父		母		
緊急連絡先	父	1 (電話	勤務先名)		
		2 (電話	勤務先名)		
	母	1 (電話	勤務先名)		
		2 (電話	勤務先名)		
保育所名		電話	-	-	
家庭医名		電話	-	-	
周産期	妊娠中の異常 (なし・あり _____)				
	出生時体重 g				
	出産は (予定通り・ _____ 日早かった・遅かった) (在胎 _____ 週)				
乳児期の発達	出産時の異常 (なし・あり _____)				
	首のすわり: カ月 おすわり: カ月 一人歩き カ月				
	栄養法 (母乳・人工・混合)				
	離乳食開始時期 (前期: カ月 中期: カ月 後期: カ月 幼児食: 歳 カ月)				
	人見知り: カ月 母親の後追い: 歳 カ月				
初語 (意味のあることば): 歳 カ月					

予 防 接 種	BCG： 年 月	麻しん・風しん混合：1回目・2回目
	3種混合： 1回目・2回目・3回目・4回目	4種混合： 1回目・2回目・3回目・4回目
	日本脳炎： I期1回・I期2回・追加・II期	小児用肺炎球菌： 1回目・2回目・3回目・4回目
	ヒブ：1回目・2回目・3回目・4回目	水痘：1回目・2回目
	B型肝炎：1回目・2回目・3回目	おたふくかぜ： 年 月
	その他（ ）	

※予防接種欄は接種した年月又は終了したものに○を記入してください。

2 既往歴等

既 往 歴	はしか： 歳 カ月	水ぼうそう： 歳 カ月
	百日咳： 歳 カ月	おたふくかぜ： 歳 カ月
	B型肝炎： 歳 カ月（キャリアーでない・ある）	
	その他（具体的に）：	
	熱性痙攣：初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月（これまでに___回）	
	喘息	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ
	喘息様気管支炎	毎日 吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）
その他の病気 （具体的に）		
入院したこと	ない・ある（病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月）	
内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。※内服時間もお書きください。	
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。	
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。	

※生活保護受給世帯、前年度分の市町村民税非課税世帯は、別紙「浜松市病児・病後児保育事業利用料免除申請書」の提出により、利用料が免除となります。