



東浦町病児・病後児保育事業利用登録書

事業者記入欄

変更・経過等記入欄 (変更点が大きい場合は、登録番号継続のうえあらためて用紙を記入提出してもらう)	登録番号	
	登録年月日	年 月 日
	受付職員氏名	

登録者記入欄

1	児童の氏名	ふりがな (愛称)	男・女	年 月 日生	
2	住所	〒	電話番号		
3	保護者(代表)の氏名	ふりがな	男・女	児童からみた続柄	
4	児童の在園・在学名等	保育園・幼稚園 小学校	歳児 年生	電話番号	
5	世帯状況	氏名	児童からみた続柄	生年月日	勤務先名 勤務等時間
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
6	緊急連絡先	(続柄) 電話番号			
		(続柄) 電話番号			
7	かかりつけ主治医名	病院 医院	担当医師名	電話	
8	保護者勤務先等所在地(住所が東浦町外の方のみ)	(続柄) 所在地	東浦町大字	字	
		(続柄) 所在地	東浦町大字	字	

登録者記入欄

<出産前後のことについて>

1 出産時の状態	体重 (g) 妊娠期間 (週)
2 お産の時に異常がありましたか	いいえ・はい→難産・早期破水・鉗子分娩・吸引分娩 分娩遷延・帝王切開・胎盤早期剥離・逆子 その他 ()
3 新生児期に異常などがありましたか	いいえ・はい→新生児仮死・輸血・呼吸困難・けいれん その他 ()
4 栄養摂取について	母乳・人工ミルク・混合栄養 離乳時期 (か月頃)
5 児の血液型	A型・B型・AB型・O型 Rh式 (+ ・ -) ・不明

<乳児期の発達について>

首が座ったのはいつですか	か月頃
寝返りをしたのはいつですか	か月頃
お座りをしたのはいつですか	か月頃・ まだ出来ない
ハイハイしたのはいつですか	か月頃・ まだ出来ない
伝い歩きしたのはいつですか	か月頃・ まだ出来ない
ひとり歩きしたのはいつですか	か月頃・ まだ出来ない
歯が生えたのはいつですか	か月頃・ まだ生えていない

<体質や疾病について>

平 熱	度 分	
ひきつけ・けいれん	ない	ある(発熱あり・なし) 初回： 歳 か月 最後： 歳 か月 今までに 回
		けいれん時の様子
		時間 () 分
		予防薬 <input type="checkbox"/> 有 (薬名) <input type="checkbox"/> 無
		病児保育中にけいれんが起きた場合の対応 <input type="checkbox"/> 救急車搬送 (搬送先病院名) <input type="checkbox"/> すぐに治まった場合でも搬送する <input type="checkbox"/> すぐに治まった場合は保護者に連絡して様子を見る
今までに罹った感染症・大きな病気・怪我など	突発性発疹・水痘・流行性耳下腺炎(おたふく)・はしか・風疹	

入院歴（病名・時期）	
現在、治療中の病気	
常用薬	
アレルギー	食物アレルギー ない・ある（食物名： ） アトピー性皮膚炎 ない・ある（内服薬 ） （塗り薬 ） その他（ ）
障がいの有無	ない・ある（手帳 級 ）
療育手帳	ない・ある（ 判定 ）
<p>お子さんの体質や癖・心配なこと・配慮して欲しいこと等があれば、具体的にお書き下さい。</p>	

<予防接種について>

予防接種に関する記録を母子健康手帳で確認をして、コピーをしますので、登録書を提出の時に必ず母子健康手帳を御持参ください。

※予防接種歴コピー添付