

千葉市病児・病後児保育事業利用登録票

登録番号	診察券番号
------	-------

登録日	年	月	日
修正日	年	月	日

(あて先) 千葉市長

申請者(保護者) ^{ふりがな} 氏名 _____

千葉市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。

児童氏名	愛称 ()		男 女	生年月日	年	月	日									
児童の兄弟姉妹	氏名 ()歳	氏名 ()歳														
	氏名 ()歳	氏名 ()歳														
児童の所属	保育所(園)等・幼稚園・小学校		電話 ()													
かかりつけの 医院名																
保護者	1	^{ふりがな} 氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号											
		携帯番号		メールアドレス(携帯)												
	2	^{ふりがな} 氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号											
		携帯番号		メールアドレス(携帯)												
自宅	住所 (〒 -) 電話 ()															
新生児	出生週数 ()週 出生体重 ()g 出生身長 ()cm															
	妊娠時の異常 なし あり ()															
	出生時の異常 なし あり ()															
発育・発達	異常なし 異常あり() わからない															
予防接種 <small>(接種した予防接種欄の□にチェック✓をしてください。) ※複数回接種している場合は回数別にチェックをしてください。</small>		1回目	2回目	3回目	4回目		1回目	2回目	3回目	4回目						
	ヒブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MR(麻疹+風疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	みずぼうそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	4種混合(DPT+IPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	0歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BCG	<input type="checkbox"/>					3歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3種混合(DPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ポリオ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9歳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
その他()																
食物アレルギー	ない															
	ある 卵 牛乳 小麦 大豆 その他()															
	アナフィラキシー(アレルギー反応) ない あり															
薬物アレルギー	ない あり(種類等)															
熱性けいれん	ない あり(歳、 歳) ダイアアップ座薬使用 する しない															
既往歴	なし あり(川崎病 脳炎・脳症 髄膜炎 細気管支炎)															
	その他()															
	現在罹っている病気()															
	B型肝炎 (<input type="checkbox"/> キャリアー <input type="checkbox"/> キャリアーでない <input type="checkbox"/> わからない)															
常時服用している薬	なし			入院歴												
あり()				なし												
				あり()												

※申請者又は保護者は、登録・診察券番号欄には記入しないでください。※該当欄□にレを付けてください。
 ※勤務先、連絡先などはすべて記入し、変更があった場合は速やかにご連絡ください。
 ※個人情報、当病児保育室で厳重に保管し、保育に必要な場合のみに使用し、他の目的では使用しません。
 ※この利用登録票は、希望する病児・病後児保育施設へご提出ください。

発達について

首のすわり	か月	お座り	か月	寝返り	か月	はいはい	か月
つかまり立ち	か月	伝い歩き	か月	ひとり歩き	か月	言葉を発した時期	か月

食事について

*乳児期（～1歳）							
昼食（ ）時頃							
ミルク	母乳	混合	人工乳	回数	（ ）／日	1回量	（ ）cc
離乳食	初期	中期	後期	回数	（ ）／日		
*幼児期（1歳～）							
昼食（ ）時頃							
食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分						
	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク・スプーンを使って食べる <input type="checkbox"/> はしを使える						
好きな食べ物							
嫌いな食べ物							
食事の時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則						
食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある						
その他要望							

排泄

*乳児期（～1歳）							
オムツ	<input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ （ 1日 枚程度）						
*幼児期（1歳～）							
オムツ	<input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ						
小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する						
大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する						
したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない						

その他、生活習慣など

昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する				時間	（ ）時間	
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他（						
好きな遊び							
性格 (くせ、怖がるものなど)							

保育中に心配なこと、配慮してほしいことなど