

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) 氏名 ふりがな _____

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 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 氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号					
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 (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。	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"/>		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"/>		日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5種混合(DPT-IPV-Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4種混合(DPT-IPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3種混合(DPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ポリオ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BCG	<input type="checkbox"/>					4歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ある								
薬物アレルギー	ない ある(種類等)								
熱性けいれん	ない ある(歳、歳) ダイアップ座薬使用 する しない								
既往歴	なし あり(みずぼうそう おたふくかぜ) 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 あり()	入院歴 なし あり()								

※申請者は保護者は、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。

※個人情報は、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		
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					