

千葉市病児・病後児保育事業利用登録票

(あて先) 千葉市長

登録番号		診察券番号	
登録日	年 月 日		
修正日	年 月 日		

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 ^{ふりがな} 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 ^{ふりがな}	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 ^{ふりがな}	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"/>		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"/>	<input type="checkbox"/>
	5種混合（DPT-IPV-Hib）		<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"/>	
	4種混合（DPT-IPV）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>		
B C G		<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						