

登録番号

白山市病児保育センター登録票

登録日 年 月 日

登録申請者

児童氏名	(ふりがな)	性別	第 子	生年月日	年 月 日
住所	〒 - 自宅電話番号			保育所等 小学校名	
かかりつけ医		電話番号：			
家族の状況	氏名 (携帯電話番号)	年齢	勤務先等名 (電話番号)		
	(父) (- -)		(- -)		
	(母) (- -)		(- -)		
	兄弟姉妹	続柄() 年 月 日生	続柄() 年 月 日生		
その他の同居者名	続柄() 年 月 日生	続柄() 年 月 日生			
周産期	妊娠中の異常 出 産 出産時の異常	なし ・ あり→ () 予定どおり ・ 早産 (週) なし ・ あり→ ()	体 重	g	
乳児期の発達	首のすわり (月) 栄養法 (母乳 ・ 混合 ・ 人工)	おすわり (月)	一人歩き (月)		
発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない				
予防接種 (受けたものに○)	BCG	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	四種混合	受けていない・受けた	(I 期 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)		
	麻しん・風しん	受けていない・受けた	(I 期 ・ II 期)		
	日本脳炎	受けていない・受けた	(I 期 1 回 ・ 2 回 ・ 追加 ・ II 期)		
	水痘	受けていない・受けた	(1 回 ・ 2 回)		
	Hib	受けていない・受けた	(1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)		
	肺炎球菌	受けていない・受けた	(1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)		
	B 型肝炎	受けていない・受けた	(1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)		
その他					
既往歴 (今までにかかった病気の番号及び [] 内の事項について該当があれば○印又は必要事項を記入)					
1	突発性発疹		熱性けいれん		
2	麻しん(はしか)	10	〔最近 月 日 ・ これまで 回〕		
3	水痘(水ぼうそう)		〔座薬等の指示 有 ・ 無〕		
4	風しん(三日ばしか)	11	てんかん〔薬等の指示 有 ・ 無〕		
5	おたふくかぜ		食物アレルギー		
6	[A B C] 肝炎(キャリア含)	12	〔牛乳 卵 肉 落花生 豆類 小麦 米 他()〕		
7	喘息・喘息様気管支炎 〔薬の服用は 毎日・不調時に〕		※原材料に使われていないが、同じ製造ラインで使用された食品 ()		
8	アトピー性皮膚炎	13	その他		
9	川崎病〔心臓合併症 有 ・ 無〕		〔具体的に: 〕		
常時内服薬	病名 ()	内服薬 ()	処方病院名 ()		
入院歴	病名 ()	年齢 (歳)	病院名 ()		
	病名 ()	年齢 (歳)	病院名 ()		