

はなまる病児保育室事前登録利用票

登録番号	
------	--

平成 年 月 日記入 記入者氏名

※ 下記の情報を必要に応じて市町村へ提供することに同意します

ふりがな		男	生年月日		年	月	日生	
氏名		女			歳	ヶ月		
(園・所		小学校	年)					
お子さんの愛称								
保護者	氏名	続柄	年齢	勤務先名				
	住所 (〒 —)							
	自宅電話 — —							
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号 (自宅・携帯・勤務先)					
	①							
	②							
	③							
	④							
兄弟	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)			
姉妹								
病院	かかりつけ							
	小児科	病院 (連絡先)	
	その他	病院 (連絡先)	

健康・発育状況(母子手帳等を確認し、正確に記入ください)	出生時	出産週数 妊娠第()週 出生時体重()g	
		出生時の異常 無・有() 在胎週数 週	
	既往歴	先天的疾患や過去に入院(手術した事、または治療を要する病気にかかった事がありますか? 無・有(病名 期間 年 月~ 年 月)	
		現在治療中、経過観察中の病気等ありますか? 無・有(病名等 年 月~	
		ひきつけを起こしたことがありますか? 無・有(年 月頃) どの様なひきつけでしたか?(熱あり・熱なし) 最終ひきつけ(年 月)	
	アレルギー	今まで食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか 無・有	
		食品名()いつ頃ですか?(歳 ヶ月)	
		症状	
		喘息と言われたことがありますか 無・有 薬を飲んでいますか?(薬品名 服薬時間)	
		アトピー性皮膚炎と言われたことがありますか? 無・有 薬を使用していますか?(薬品名 使用方法)	
発育状況	首のすわり: ヶ月 一人座り ヶ月 はいはい ヶ月 一人歩き: ヶ月 離乳食の状況() 2語文(ワンワン来た等)を話すようになったのはいつですか? ヶ月頃		
健診結果	今までに受けた健診に○をつけて下さい 4ヶ月・10ヶ月・1歳半・3歳半 健診時、指導がありましたか?(無・有)		
予防接種	BCG	年 月	
	四種混合	I期1回目: 年 月 2回目 年 月 3回目 年 月 II期 年 月	
	ヒブ	1回目 年 月 2回目 年 月 3回目 年 月 追加	
	肺炎球菌	1回目 年 月 2回目 年 月 3回目 年 月 追加	
	MR	I期 年 月 II期 年 月	
	水痘	1回目 年 月 2回目 年 月	
	その他		
感染症歴	はしか 歳	みずぼうそう 歳	おたふくかぜ 歳
	りんご 歳	手足口病 歳	風疹 歳
	その他		