

# 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	