

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① 年 月 日
修正日② 年 月 日

申請又は保護者氏名

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。

児童氏名	愛称()					男・女	生年月日	年月日
児童の兄弟姉妹	氏名 氏名	()歳 ()歳	氏名 氏名	()歳 ()歳				
児童の所属	保育所・保育園・幼稚園・小学校					電話()		
かかりつけの医院名								
保護者氏名	1		続柄		連絡先	携帯電話 メールアドレス(携帯)	()	勤務先名 電話()
	2		続柄		連絡先	携帯電話 メールアドレス(携帯)	()	勤務先名 電話()
	3		続柄		連絡先	携帯電話 メールアドレス(携帯)	()	勤務先名 電話()
自宅	住所(〒 -) 電話()							
昼食時頃	乳児	ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工			1回量()cc	回数()/日	
		離乳食	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期			回数()/日		
	幼児	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う <input type="checkbox"/> はしを使う					
		食事時間	<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"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある					
		好きな物						
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけつける <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中						
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする			回数()/日			
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする			回数()/日			
	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						
昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する							
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"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き その他()							
好きな遊び								
性格・くせ・怖がるものなど								
保育への要望など								

※申請又は保護者は、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、変更があった場合に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、保育に必要な場合にのみ使用し、他の目的では使用しません。

お分かりになる範囲で、ご記入ください。

児童氏名

1.生まれた頃の様子についてお答えください。

周 産 期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	在胎週数	() 週
	出生時の体重	() g
	出生時の身長	() cm
	分娩時異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2.今までに受けた予防接種についてお答えください。

予 防 接 種	<input type="checkbox"/> BCG	年	月
	<input type="checkbox"/> ポリオ	1回目	年 月
		2回目	年 月
	<input type="checkbox"/> 三種混合	I 期1回目	年 月
		2回目	年 月
		3回目	年 月
		I 期追加	年 月
	<input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合	I 期	年 月
		II 期	年 月
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目	年 月
		2回目	年 月
		追 加	年 月
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年	月
		年	月
	<input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう)	年	月
		年	月
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン	1回目	年 月
		2回目	年 月
		3回目	年 月
		追 加	年 月
	<input type="checkbox"/> 肺炎球炎ワクチン (プレベナー)	1回目	年 月
		2回目	年 月
		3回目	年 月
		追 加	年 月
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	年 月	年 月
		年 月	年 月
		年 月	年 月
		年 月	年 月
		年 月	年 月
		年 月	年 月
	<input type="checkbox"/> その他(上記以外の予防接種を受けている場合はすべて記入)	()	年 月
		()	年 月
		()	年 月
		()	年 月
		()	年 月
		()	年 月
		()	年 月

3.今までにかかった病気等についてお答えください。

<input type="checkbox"/> 生まれつきの病気はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	病名()
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー (除去食)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他
	(症状)
	アナフィラキシー(アレルギー反応) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー	種類等
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん ()回	なし 初回 歳 月 最後 歳 月
<input type="checkbox"/> 突発性発疹	歳頃
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	歳
<input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか)	歳頃
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳頃
<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	歳
<input type="checkbox"/> 百日咳	歳頃
<input type="checkbox"/> 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"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎	
<input type="checkbox"/> 喘息	治 療
<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎	吸 入
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	治 療
<input type="checkbox"/> 川崎病	心臓合併症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	具体的にご記入ください。
<input type="checkbox"/> 気になる発達の状況	
	<input type="checkbox"/> その他
	病名()
	□入院