

(宛先) 浦安市長

浦安市病児・病後児保育事業利用登録書

ふりがな 氏名		男女	お子さんの 愛称			
生年月日		年 月 日生	年齢	歳 月		
自宅住所		〒 電話 () □固定電話なし				
保護者・ 緊急連絡先	続柄	氏名	電話番号(携帯)	勤務先		
	父		()	名称 電話 ()		
	母		()	名称 電話 ()		
	他		()	名称 電話 ()		
通所施設名		電話 ()				
かかりつけ医療機関名		電話 ()				
周産期・ 乳児期の 発達	2歳未満児のみ記入してください。					
	妊娠中の異常：なし・あり () 出産時の異常：なし・あり () 出産時体重 (g) 新生児期に多呼吸・頻脈・チアノーゼ・嘔吐：なし・あり () 母乳栄養・人口栄養・混合栄養 哺乳力(普通・弱い) 体重増加：普通・不良 首のすわり： 月 おすわり： 月 一人歩き 月 人見知り： 月 初語(意味のあることば)： 歳 月 異常に泣く・おとなしすぎる うつぶせ寝・あおむけ寝・横向き寝					
予 防 接 種	四種混合	1回	年 月	三種混合 ポリオ	1回	年 月
		2回	年 月		2回	年 月
		3回	年 月		3回	年 月
		追加	年 月		追加	年 月
	H i b ヒブ	1回	年 月	小児 肺炎球菌	1回	年 月
		2回	年 月		2回	年 月
		3回	年 月		3回	年 月
		追加	年 月		追加	年 月
	BCG		年 月	日本脳炎	1回	年 月
	MR	1回	年 月		2回	年 月
	(麻疹・風疹)	2回	年 月		追加	年 月

予 防 接 種	水痘 (みずぼうそう)	1回	年	月	流行性耳下腺炎 (おたふく)	1回	年	月
		2回	年	月		2回	年	月
	ロタウイルス	1回	年	月	B型肝炎	1回	年	月
		2回	年	月		2回	年	月
		追加	年	月		追加	年	月
	感 染 病 歴	突発性発疹		歳	月	百日せき		歳
麻疹(はしか)			歳	月	風疹		歳	月
流行性耳下腺炎 (おたふく)			歳	月	その他		歳	月
水痘 (みずぼうそう)			歳	月			歳	月
痙攣		無 ・ 有 (無熱・有熱) 有の場合：初回 歳 月 ・ 最後 歳 月 ・ これまで 回 (熱性けいれん)						
体 質 ・ こ れ ま だ の 病 気	アレルギー	無 ・ 有 ()						
	喘息	無 ・ 有 (歳より・発作の頻度) 有の場合：薬の服用 (毎日 ・ 発作時のみ ・ なし) 吸入療法 (している ・ 発作時のみ ・ なし)						
	アトピー性皮膚炎	無 ・ 有 (治療方法：内服薬・食事療法・その他)						
	その他	嘔吐 ・ 湿疹 ・ 扁桃腺肥大 ・ その他						
	入院	無 ・ 有 (病名 歳 月)						
常 用 薬	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 (内服時間も)							
食 事	食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。 食物アレルギー： 無 ・ 有 ()							
性 格								
そ の 他	体質や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。							