

津南町病児保育事業登録票

施設長様

津南町病児保育事業の利用のため、次のとおり登録します。

登録番号	
------	--

令和 年 月 日記入

記入者名

ふりがな 児童氏名	男・女	通所(園)・小学校名	(未満児・年少・年中・年長・学年)	
生年月日	平成 年 月 日(歳)	お子様の愛称		
住所	(〒 -) (町名) 電話 () -			
保護者氏名				
緊急連絡先	(氏名)	(勤務先)	電話 () -	
利用児童を除く全世帯員	氏名	続柄	勤務先・学校名等	
		父		
		母		
お子様のかかりつけ医				
周産期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	出生時体重	g		
	出産状況	<input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 日早・遅(在胎 週)		
	出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
乳児期の発達状況	首のすわり	カ月	栄養法 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合()	
	おすわり	カ月		1回約 cc
	一人歩き	カ月	離乳食を始めていますか	<input type="checkbox"/> はい(カ月頃から) <input type="checkbox"/> いいえ
	人見知り	カ月	離乳食のめやす	<input type="checkbox"/> そのまま飲み込める固さ
	母親の後追い	カ月		<input type="checkbox"/> 舌で潰せる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきで潰せる固さ
	初語:意味有	カ月	何時に食べていますか	6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8 時
予防接種	B C G	年 月	B 型肝炎	① 年 月
	麻しん・風しん	① 年 月		② 年 月
		② 年 月		③ 年 月
	四種混合	① 年 月	日本脳炎	① 年 月
		② 年 月		② 年 月
		③ 年 月		③ 年 月
		④ 年 月		④ 年 月

予防接種	小児用肺炎球菌	①	年	月	ヒブ	①	年	月
		②	年	月		②	年	月
		③	年	月		③	年	月
		④	年	月		④	年	月
	ポリオ	①	年	月	ロタ	①	年	月
		②	年	月		②	年	月
		③	年	月		③	年	月
		④	年	月	()	年	月	
	おたふくかぜ	①	年	月	()	年	月	
		②	年	月	()	年	月	
	水ぼうそう	①	年	月	()	年	月	
		②	年	月	()	年	月	
感染症歴	おたふくかぜ	歳	ヵ月	水ぼうそう	歳	ヵ月		
	()	歳	ヵ月	()	歳	ヵ月		
	()	歳	ヵ月	()	歳	ヵ月		
これまでの病気等	熱性けいれん	歳	ヵ月、最後は	歳	ヵ月	(これまでに 回)		
	気管支喘息 あるいは喘息 性気管支炎	歳	ヵ月から	毎日薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 発作時だけ 毎日吸入を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 発作時だけ				
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(治療は : <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法)						
	その他の病気 (具体的に)							
	入院したこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある						
		①病名 ()	歳	ヵ月				
		②病名 ()	歳	ヵ月				
③病名 ()		歳	ヵ月					
④病名 ()		歳	ヵ月					
	⑤病名 ()	歳	ヵ月					
常時内服している薬など	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。(内服時間なども)							
食事で注意が必要なこと等	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。							
その他	体質(薬物アレルギーなど)や癖など、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。							