

病児・病後児保育事業利用登録票

記入者 _____

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日	年 月 日生			
氏名			男女	(歳 箇月)			
保護者	ふりがな氏名	(歳)		お子さんの愛称等			
	住所	〒		兄弟姉妹	歳(男・女)		
	電話	— —			歳(男・女)		
	職業	父勤務先名 () 電話番号: — — 母勤務先名 () 電話番号: — —			歳(男・女)		
緊急連絡先	①電話番号: — —		連絡先名:	続柄:			
	②電話番号: — —		連絡先名:	続柄:			
	③電話番号: — —		連絡先名:	続柄:			
通園及び通学校名	電話番号: — —						
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"/> 予定どおり <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	箇月	栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合()			
	おすわり	箇月	離乳食の開始時期	前期	歳 箇月()		
	一人歩き	箇月		中期	歳 箇月()		
	人見知り	箇月		後期	歳 箇月()		
	母親の後追い	箇月		幼児期	歳 箇月()		
	初語:意味有	箇月		その他			
予防接種	()種混合	①	年 月	ヒ	ブ	①	年 月
		②	年 月			②	年 月
		③	年 月			③	年 月
		追加	年 月			追加	年 月
	ポリオ *3種混合を受けた方のみ	①	年 月	小児用肺炎球菌	①	年 月	
		②	年 月		②	年 月	
		③	年 月		③	年 月	
		追加	年 月		追加	年 月	
	麻しん・風しん	1期	年 月	インフルエンザ	①	年 月	
		2期	年 月		②	年 月	
	BCG		年 月	おたふくかぜ		年 月	
	日本脳炎	①	年 月	水ぼうそう		年 月	
②		年 月	ロタウイルス		年 月		
追加		年 月	B型肝炎		年 月		

* 2枚目もあります*

