

病児・病後児保育登録申請書

年 月 日記入

記入者名 _____

フリガナ 児童氏名	男 女	生年月日 年 月 日生 (歳 か月)		
住所 〒 富谷町	TEL			
保育所等名 () TEL () 愛称 ()				
家族 の 状 況	父・氏名	勤務先 TEL		
	母・氏名	勤務先 TEL		
	同居家族 (歳 男・女) (歳 男・女) (歳 男・女)			
健康保険証番号	記号 番号	保険証番号		
緊急連絡先	TEL			
家庭医 (かかりつけ医)	病・医院名 医師名	TEL		
生 育 歴	妊娠中の異常	なし・あり ()		
	出生時体重	(g)		
	出産は	(予定通り・ _____日早かった・遅かった)(在胎 週)		
	出産時の異常	なし・あり ()		
	首のすわり (か月)	おすわり (か月)	一人歩き (か月)	
	栄養法	(母乳・人工・混合)		
	離乳食開始時期	(前期 か月)	(中期 か月) (後期 か月)	
		(幼児食 歳 か月)		
既 往 症	人見知り (か月)	母親の後追い (歳 か月)		
	初語(意味のある言葉) (歳 か月)			
	突発性発疹	麻しん(はしか)	水痘(水ぼうそう)	風しん 百日咳
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	ヘルパンギーナ	川崎病 手足口病	
	伝染性紅斑(りんご病)	熱性けいれん	喘息 肺炎 結核 湿疹	
	アトピー性皮膚炎	その他 ()		
予 防 接 種	ポリオ(生ワク)	未・途中・済	水痘	未・途中・済
	ポリオ(不活化)	未・途中・済	耳下腺炎	未・途中・済
	三種混合	未・途中・済	ヒブ	未・途中・済
	四種混合	未・途中・済	肺炎球菌	未・途中・済
	麻しん・風しん	未・途中・済	インフルエンザ	未・途中・済
	B C G	未・済	日本脳炎	ロタウィルス
食 事	嫌いな食べ物 ()			
	アレルギー等で制限している食品があればお答えください。 ・制限されている食品名：全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦類 ソバ類 その他 ()			
その他	注意事項(入院の経験・常用している薬・くせや体質・持っている落ち着いたものなど)			

※ 申請の際は、母子健康手帳、健康保険証をご持参下さい。