

# 松野町病児・病後児保育事業調査票（登録票）

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        |                              |       |               |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|------------------------------|-------|---------------|
| 登録番号               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        |                              |       | 年 月 日 記入者名（ ） |
| ふりがな<br>児童氏名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | 男<br>女 | 生年月日： 年 月 日（ 歳 か月）<br>愛称： 平熱 |       |               |
| 住所                 | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |        | 自宅TEL                        |       |               |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        | 携帯TEL                        | （ ）   |               |
| 家族構成<br>(同居)       | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 続柄 | 年齢     | 緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。     |       |               |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        | ①保護者                         | 勤務先名： | 連絡先           |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        | 続柄（ ）                        | 携帯電話： |               |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        | ②その他                         | 勤務先名： | 連絡先           |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        | 続柄（ ）                        | 携帯電話： |               |
| 在籍施設名              | （ ）保育所・保育園・幼稚園・認定こども園<br>（ ）小学校（ 年 組）・その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |        |                              |       |               |
| かかりつけ医             | 病院名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |        | TEL                          |       |               |
| 健康保険証              | 記号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 番号 | 保険者番号  |                              |       |               |
| 周産期・<br>出生時の<br>状況 | 妊娠中の異常 無・有（ ）<br>出産時の異常 無・有（ ）<br>出生時の体重（ g ）妊娠週数（ 週 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |        |                              |       |               |
| 発育・発達・初語           | 首のすわり（ か月）おすわり（ か月）歩行（ 歳 か月）初語（ 歳 か月）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |        |                              |       |               |
| 既往歴                | <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 喘息<br><input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> てんかん<br><input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 川崎病<br><input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                            |    |        |                              |       |               |
| 熱性けいれん             | 無・有（初回 歳 最終 歳・これまでに 回）（座薬の指示 無・有 ℃以上）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |        |                              |       |               |
| 入院歴                | 無・有（病名： ） 歳 か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |        |                              |       |               |
|                    | 無・有（病名： ） 歳 か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |        |                              |       |               |
| 常備薬服用<br>している      | 無・有（疾患名： 薬の名前： 回数 /日）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |        |                              |       |               |
| 予防接種               | <input type="checkbox"/> Hib（ヒブ）（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘（1回・2回）<br><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹（MR）（1期・2期）<br><input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（1回・2回・3回・初回追加） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期初回・1期追加）<br><input type="checkbox"/> 三種混合（1回・2回・3回・1期追加） <input type="checkbox"/> ロタウイルス（1回・2回・3回）<br><input type="checkbox"/> 四種混合（1回・2回・3回・1期追加） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回・2回・3回）<br><input type="checkbox"/> 五種混合（1回・2回・3回・1期追加） <input type="checkbox"/> その他（ ） |    |        |                              |       |               |
| アレルギー              | 無・有 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br>除去食 無・有（ ）<br><small>※登録時又は初回利用時に「アレルギー除去食に関する連絡書」（コピー可）を提出してください。更新された場合は、利用時に最新のものが必要となります。</small>                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |        |                              |       |               |
| 午睡                 | 約 時間/ 日 寝る時のくせなど：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |        |                              |       |               |
| 好きな遊び              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        |                              |       |               |
| その他                | ※保育上配慮してほしいこと、注意が必要なこと等があれば記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |        |                              |       |               |