

宝塚市病児保育事業調査票(登録票)

記入日	年	月	日	記入者名(保護者) _____
フリガナ 児童氏名	男	愛称		
	女	性格		
生年月日	年 月 日 (歳 カ月)			
住所				
緊急連絡先	①氏名		(続柄)	Tel
	勤務先			Tel
	②氏名		(続柄)	Tel
	勤務先			Tel
保育所等	名称		Tel	
かかりつけ医	病院名		Tel	
出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり()			
発育・発達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遅い <input type="checkbox"/> わからない			
既往歴	(かかったものに印を付けてください) <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他()			
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳ごろ、病名: 医療機関名:)			
定期的・継続的に飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(疾患名: 薬の種類: 服薬方法:)			
予防接種	(受けたものに印を付けてください) <input type="checkbox"/> Hib(ヒブ) (1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回、2回、3回) <input type="checkbox"/> 4種混合(1回、2回、3回、I期追加) <input type="checkbox"/> 3種混合(1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風しん(MR)(1期、2期) <input type="checkbox"/> 水痘(1回、2回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(I期初回、I期追加) <input type="checkbox"/> その他()			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食材等:)アレルギー検査実施 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
食事	好きな食べ物:		嫌いな食べ物:	
	内容 主食: <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> かゆ		副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜	
	離乳食: <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期			
排泄	オムツ: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし トイレへの誘導方法:			
昼寝	約 時間/日 寝るときのくせ等:			
好きな遊び				
その他	保育上配慮して欲しいこと、注意が必要なことがあれば記入してください。			