

登録番号 (診察券番号)	
-----------------	--

病児保育事業利用登録票

年 月 日 記入

柏崎市長 様

記入者

児童氏名		ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
保護者	父氏名			お子さんの 愛称	
	母氏名				
	住所				
	電話番号	父携帯	—	—	兄弟姉妹
母携帯		—	—	氏名 歳(男・女)	
自宅		—	—	氏名 歳(男・女)	
保護者勤務先	父	名称			
	母	名称			
在籍施設名	保育園・幼稚園・小学校				
かかりつけ医					
予防接種歴 (○をつけてください。)	BCG	未接種・接種済 ()回	水ぼうそう	未接種・接種済 ()回	
	ポリオ	未接種・接種済 ()回	ヒブ	未接種・接種済 ()回	
	三種混合	未接種・接種済 ()回	肺炎球菌	未接種・接種済 ()回	
	四種混合	未接種・接種済 ()回	ロタ	未接種・接種済 ()回	
	麻疹・風疹	未接種・接種済 ()回	B型肝炎	未接種・接種済 ()回	
	日本脳炎	未接種・接種済 ()回	インフルエンザ	未接種・接種済 (年 月)	
	おたふくかぜ	未接種・接種済 ()回		未接種・接種済 ()回	
既往歴	<p>これまでにかかった主な感染症や病気の番号に○を付け、()内を記入して下さい。</p> <p>1 突発性発疹 2 はしか 3 風しん 4 百日せき 5 B型肝炎 6 日本脳炎</p> <p>7 おたふくかぜ (いつ 年 月) 8 水ぼうそう (いつ 年 月)</p> <p>9 熱性けいれん (回数 回) (最後はいつ 年 月 日)</p> <p>(座薬の指示 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無)</p> <p>10 アトピー性皮膚炎 (<input type="checkbox"/>内服薬 <input type="checkbox"/>外用薬 <input type="checkbox"/>食事療法)</p> <p>11 喘息及び喘息様気管支炎 (<input type="checkbox"/>継続治療中 <input type="checkbox"/>悪化時治療のみ)</p>				
現在の状況	<p>現在、治療又は経過観察中の病気(定期的に受診や検査の必要な病気)</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()</p> <p>上記の病気のため、常時、内服中の薬</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()</p>				

この登録票は、病気のお子さんを安全にお預かりするため、保育者(看護師・保育士)があらかじめ知っておきたい事項について記入していただくものです。裏面もご記入ください。
登録の有効期間は、原則として1年間(4月から翌年3月)です。

【連絡事項】 複数回答可。該当するところに☑してください。

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルギーの種類、主治医からの指示、対応が必要なことを下記に記入してください。 ()
平熱	℃
水分	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> マグマグ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 哺乳びん
食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
ミルク	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない
薬	<input type="checkbox"/> 口に入れてそのまま飲む <input type="checkbox"/> スプーンの上で溶かして飲む <input type="checkbox"/> 水で練って口に入れる <input type="checkbox"/> ゼリーで飲ませて欲しい
排泄	<input type="checkbox"/> トイレで一人で出来る <input type="checkbox"/> 少し手伝えば出来る <input type="checkbox"/> おむつ使用
昼寝の習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (: ~ :)
寝かしつけ	<input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おっぱい <input type="checkbox"/> ラック <input type="checkbox"/> トントン <input type="checkbox"/> その他 ()
利用中の睡眠	<input type="checkbox"/> いくらでも寝かせておいて欲しい <input type="checkbox"/> (:) 時頃には起こして欲しい <input type="checkbox"/> 特に希望なし
好きな遊び	
その他	配慮してほしいことや心配なこと、発育・発達について気になることがあれば下記に記入して下さい。

※ 病児保育室記入欄 受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者署名: _____