

病児保育室とくよし（さかえまち・こやま）利用登録書

○で囲んでください。施設ごとに提出をお願いします。



記入日 年 月 日

フリガナ氏名	男 女	愛称	生年月日	年 (月 歳	日 ヶ月)
住所	TEL					
保育所等名						
世帯の状況	父・氏名	勤務先	TEL			
	母・氏名	勤務先	TEL			
	〈兄弟〉 ※年齢・性別をお書きください。					
緊急連絡先	① 連絡先 () TEL			② 連絡先 () TEL		
生育歴	・妊娠中の異常 なし ・ あり () ・出生時体重 (g) () ・出生時の異常 なし・あり () ・新生児期に問題はありましたか。 なし ・ あり () ・同年齢の子に比べて、発達、発育に遅れがありましたか。 なし ・ あり ()					
既往歴	突発性発疹 麻疹（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） 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ()					
	今までにけいれんを起こした事がありますか なし ・ あり (ありの場合 それはどんな時ですか 最後はいつですか 年 月 日) 座薬の指示：有 ・ 無 (ありの場合 何度以上で使用していますか °C以上 何回使用しますか 1 ・ 2 回)					
アレルギー	・薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 なし・あり () ・食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 なし・あり () ※「はい」の方で食事制限を受けているものがありますか。 ()					
ご家庭でのお子さんの様子	性格 ・明るい ・活発 ・好奇心旺盛 ・慎重 ・おとなしい ・人見知りをする 好きな遊び ・パズル ・ブロック ・折り紙 ・ぬりえ ・お絵かき ・絵本 ・音の出る玩具 ・手遊び ・ままごと ・人形あそび ・工作 ・乗り物 ・トランプ ・その他 () 飲み物 ・好きな飲み物 (お茶 ・ ジュース ・ 何でも飲む) () 食事 ・食べ方 (自分で食べる ・ 介助) ・食べる時の用具 (ベビーチェア ・ エプロン) () 与薬 ・嫌がらない ・嫌がる ・その他 () 与薬の方法 () () 午睡 ・すぐ寝る ・入眠まで時間がかかる ・嫌がる ・寝ない 午睡の方法 () () 排泄 ・オムツ (紙・布) ・パンツ (紙・布) ・午睡時のみ (紙パンツ ・ 紙おしめ) () その他 ()					

予防接種履歴

BCG	未 ・ 済
ポリオ（生ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ（単独・不活性ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻疹風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回

その他記入欄