

奈良市病児・病後児保育利用登録書

(あて先)実施施設の長
 以下のとおり病児・病後児保育利用の登録を申請します。
 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

(※自署の場合は押印不要)

登録番号(_____)

(ふりがな) 児童氏名	男 女 愛称(_____)	健康保険証 保険者番号 乳幼児福祉医療受給者証番号	記号 番号			
生年月日 血液型	年 月 日 (_____)歳 (_____)か月 型 (RH + -)	かかりつけ 医療機関 TEL(_____) - _____				
住所	〒 _____ Tel (_____) - _____					
緊急連絡先	Tel ① _____ どなたの連絡先ですか(_____)					
	Tel ② _____ どなたの連絡先ですか(_____)					
通園・通学している ところ	(保育所・認定こども園・幼稚園・小学校) _____ Tel(_____)					
保護者	氏名	年齢	続柄	勤務先/学校など	職種	連絡先
上記以外 同居家族						
生育歴	・妊娠中の異常 なし あり ・在胎 _____ 週 出生体重 _____ g ・出産時の異常 なし あり (_____) ・首すわり _____ か月 ・生歯 _____ か月 ・一人歩き _____ 歳 _____ か月					
かかった病気	突発性発疹	済	未	みずぼうそう	済	未
	麻疹	済	未	風疹	済	未
	おたふくかぜ	済	未			
	りんご病	済	未			
	百日咳	済	未			
予防接種 受けたものに ○をつけて下さい	ヒブ (1 2 3 4)	四種混合 (I II III IV)				
	肺炎球菌 (1 2 3 4)	BCG (済 未)				
	B型肝炎 (1 2 3)	MRワクチン (I期 II期)				
	ロタリックス (1 2)	みずぼうそう (1 2)				
	ロタテック (1 2 3)	おたふくかぜ (1 2)				
	その他の予防接種で受けたもの(_____)					
けいれん	なし あり					
	初回 (_____ 歳 _____ か月) 最終 (_____ 歳 _____ か月) 発熱時はけいれん予防の座薬を使用されていますか? はい いいえ					

※裏面に続きます

★施設をはじめて利用される方のみ記入し、施設に提出してください。

入院したことは ありますか？	なし あり (病名 歳 か月) (病名 歳 か月) (病名 歳 か月)
アレルギー疾患 について	・食物アレルギー あり なし (卵 牛乳 大豆 小麦 そば その他()) ・アトピー性皮膚炎 (行っている治療) ・気管支喘息 (行っている治療) ・その他 () (ケア)
現在も治療中の 病気について	なし あり (病名) 内服薬 なし あり() その他の治療()
体質やかかりやすい 病気について 該当項目に○をつけて 下さい	()鼻血が出やすい ()皮膚がかぶれやすい ()下痢をしやすい ()じんましんがしやすい ()吐きやすい ()肘内障になったことがある 最終()歳
その他 心配事など	
担当者備考	