

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 _____

登録番号()

(ふりがな) 児童氏名	男 女	健康保険証 保険者番号	記号	番号		
	愛称()	乳幼児福祉医療受給者証番号				
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	