

別 記

第 1 号様式 (第 8 条)

東金市病後児保育事業利用登録票

年 月 日

東金市田間 1 2 8 5 番地 2

(宛先) 医療社団法人滝琉会

今井 裕文

(病後児保育施設 チョコ丸)

住所

保護者 氏名

電話番号

病後児保育事業を利用したいので、東金市病後児保育事業実施要綱第 8 条の規定により、次のとおり登録を申し込みます。

フリガナ 児童氏名		年 月 日生		男 ・ 女	
所属					
かかりつけの医療機関名				電話	
父	氏名	勤務先名 勤務先住所 勤務先電話 携帯			
母	氏名	勤務先名 勤務先住所 勤務先電話 携帯			
その他家族構成		氏名	() 歳	氏名	() 歳
		氏名	() 歳	氏名	() 歳
		氏名	() 歳	氏名	() 歳

(登録票裏面)

● 児童の健康状態について

[生まれたときの様子]

在胎 () 週 () g 分娩時の異常：なし・あり ()

[発育暦]

首がすわる () か月 お座り () か月 一人歩き () か月 発語 () か月

[予防接種を受けた年齢]

ツ 反 () 歳 ・ B C G () 歳 ・ 三混、四混 () 歳 ・ ポリオ () 歳

麻 疹 () 歳 ・ 風 疹 () 歳 ・ 日本脳炎 () 歳

おたふく () 歳 ・ 水 痘 () 歳 ・ インフルエンザ () 歳

[既往暦]

☆ かかったことのある感染症に○をつけてください。

麻疹 水痘 おたふく 風疹 百日咳 突発性発疹 B型肝炎 (キャリア・キャリアでない)

☆ その他の病気について

熱性けいれん：初回 () 歳 以後 () 回 、最終 () 年 () 月

発熱時、抗けいれん剤の使用 (あり・なし)

喘息 (喘息様気管支炎) テオドールなどを継続的に飲んで (いる・いない)

自宅で吸入して (いる・いない)

その他 具体的に記入してください。

()

[アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について具体的に書いてください。]

その品目について、食事制限をして (いる・いない)

● 普段の生活状況について

[食事]

☆ 乳児

ミルク・母乳・混合 1回 () cc 1日 () 回

離乳食 1日 () 回

☆ 幼児

普段の食事内容について、具体的に記入してください。

()

好きなもの ()

嫌いなもの ()

食欲 (旺盛・普通・少食)

食事は (一人で食べられる・介助が必要)

[排泄] (すべておむつ・トイレトレーニング中・寝るときのみ おむつ・自立している)

[好きな遊び道具について]

[お子さんの性格について]

[その他、お子さんを預けるにあたって、スタッフに知っておいて欲しいこと、ご要望、気がかりなこと]