様式第1号(第8条関係)

# 伊予市病児・病後児保育事業 調査票 (登録票)

| 登録番号 | | 年　月　日 記入者名 |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 児童氏名(ふりがな) | 男<br>女 | 生年月日: 年　月　日 (　歳　か月) | | | |
| | | 愛称: | | 平熱 | |
| 住所 | 〒 | | 自宅TEL<br>携帯TEL | | |
| 保護者連絡先 | 氏　名 | 続柄 | 勤務先 | 緊急連絡先(携帯・職場など) | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 兄弟姉妹 | 歳(男・女)　歳(男・女)　歳(男・女)　歳(男・女) | | | | |
| 通所施設 | (　)保育所・幼稚園・小規模園・小学校(　年　組)・その他 | | | | |
| かかりつけ医 | 病院名　TEL | | | | |
| 健康保険証 | 記号　番号　保険者番号 | | | | |
| 周産期・出生時の状況 | 妊娠中の異常　無・有 (　)<br>出産時の異常　無・有 (　)<br>出生時の体重 (　g)　妊娠週数 (　週) | | | | |
| 発育・発達 | 首のすわり (　か月)　おすわり (　か月)　歩行 (　歳　か月) | | | | |
| 既往歴 | ☐ 麻疹(はしか)　☐ 突発性発疹　☐ 喘息<br>☐ 水痘(みずぼうそう)　☐ 肺炎　☐ その他(　)<br>☐ 風疹(三日ばしか)　☐ アトピー性皮膚炎<br>☐ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | | | |
| 熱性けいれん | 無・有 (初回　歳 最終　歳・これまでに　回) (座薬の指示　無・有 (　)℃以上) | | | | |
| 入院歴 | 無・有 (病名:　) 歳　か月<br>(病名:　) 歳　か月<br>(病名:　) 歳　か月 | | | | |
| 常時服用している薬 | 無・有 (疾患名:　薬の名前:　回数　/日) | | | | |
| 予防接種 | ☐ Hib(ヒブ) (1回・2回・3回・追加)　☐ 三種混合 (1回・2回・3回・Ⅰ期追加)<br>☐ 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)　☐ 麻疹・風疹(MR) (1期・2期)<br>☐ BCG　☐ 日本脳炎 (Ⅰ期初回・Ⅰ期追加)<br>☐ 水痘 (1回・2回)　☐ ロタウイルス (1回・2回・3回)<br>☐ 四種混合 (1回・2回・3回・Ⅰ期追加)　☐ B型肝炎 (1回・2回・3回)<br>☐ 不活化ポリオ (1回・2回・3回・初回追加)　☐ その他 (　) | | | | |
| アレルギー | 無・有　☐食物　☐アトピー性皮膚炎　☐気管支喘息　☐じんましん　☐鼻炎　☐その他(　)<br>除去食　無・有 (　)<br>※登録時又は初回利用時に「アレルギー除去食に関する連絡書」(コピー可)を提出してください。更新された場合は、利用時に最新のものが必要となります。 | | | | |
| 午睡 | 約　時間/日　寝る時のくせなど: | | | | |
| 好きな遊び | | | | | |
| その他 | 保育上配慮してほしいこと、注意が必要なこと等があれば記入してください。 | | | | |