

## 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
ふりがな 児童氏名	男	生年月日： 年 月 日（ 歳 か月）			
	女	愛称：	平熱		
住所	〒			自宅TEL	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)	
	母子家庭 ・ 父子家庭 ・ 生活保護世帯 （該当するものに○）				
兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
通所施設	（ ）保育所・認定こども園・幼稚園・小規模園・小学校（ 年）・その他				
かかりつけ医	病院名				
出生前後の状況	妊娠中の異常 無 ・ 有（ ） 出産時の異常 無 ・ 有（ ） 出生時の体重（ g） 妊娠週数（ 週）				
発育・発達	首のすわり（ か月）	ひとりすわり（ か月）	ひとり歩き（ 歳 か月）		
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他( )				
入院歴	無 ・ 有（病名： ） 歳 か月 （病名： ） 歳 か月 （病名： ） 歳 か月				
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）				
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	<input type="checkbox"/> Hib(ヒブ)（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR)（1期・2期） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回・2回・3回） <input type="checkbox"/> 水痘（1回・2回） <input type="checkbox"/> ロタウイルス（1回・2回・3回） <input type="checkbox"/> 日本脳炎I期（初回1回・2回・I期追加） <input type="checkbox"/> 五種混合（1回・2回・3回・I期追加） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 四種混合（1回・2回・3回・I期追加） <input type="checkbox"/> インフルエンザ(今年)（1回・2回） <input type="checkbox"/> 三種混合（1回・2回・3回・I期追加） <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（1回・2回・3回・追加）				
食物アレルギー	無 ・ 有 除去食 無 ・ 有（ ） ※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。				
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。				