

奈良市病児・病後児保育利用登録書

登録番号()

★初めて利用される方のみ記入ください。

(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	ポリオ (1 2)	三種混合 (I II III 追加)				
	MRワクチン (I期 II期)	BCG (済 未)				
	麻疹 (済 未)	流行性耳下腺炎 (済 未)				
	風疹 (済 未)	水痘 (済 未)				
	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

(あて先)実施施設の長
上記のとおり病児・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 _____

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	