

## 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( \_\_\_\_\_ )

★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	ヒブ	( 1 2 3 4 )		四種混合	( I II III 追加 )	
	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 )		水痘	( 1 2 )	
	ロタテック	( 1 2 3 )		流行性耳下腺炎	( 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

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	