

くじら病児保育室登録票

令和 年 月 日記入		記入者名	
ふりがな 氏名 男・女		平成・令和 年 月 日生 歳 ヶ月	
保 護 者	父 氏名	保育園（学校）名	お子さんの愛称
	母 氏名	かかりつけ医院	
	自宅住所（〒 ） 自宅電話		
緊 急 連 絡 先	父	1 携帯 2 勤務先	電話番号
	母	1 携帯 2 勤務先	電話番号
周 産 期	出生時体重 g 妊娠・出産時の異常（なし・あり）		
予 防 接 種	接種済みのワクチンに○をつけてください BCG 四種混合：1回・2回・3回・追加 Hib：1回・2回・3回・追加 肺球：1回・2回・3回・追加 麻疹・風疹（MR）：1回・2回・ 日本脳炎：1回・2回・追加 水痘：1回・2回 おたふくかぜ：1回・2回 B肝：1回・2回・3回 ロタ：1回・2回・3回		
感 染 症 歴	はしか： 歳 ヶ月	水疱瘡： 歳 ヶ月	
	百日咳： 歳 ヶ月	風疹： 歳 ヶ月	
	おたふくかぜ： 歳 ヶ月（右・左・両方）		
	その他（具体的に）		
病 歴	熱性痙攣：初回 歳 ヶ月 最後は 歳 カ月（ 回） 気管支喘息： なし・あり アトピー性皮膚炎： なし・あり（治療は内服薬・食事療法） その他の病気（具体的に）		

入 院 歴	なし・あり：病名 歳 カ月
内 服 中 の 薬	*喘息、アトピー性皮膚炎、熱性痙攣等で内服(座薬)している薬があれば 具体的にお書きください。
食 事	食物アレルギー： なし・あり 除去食品： 嫌いな食べ物： 好きな食べ物(食欲減少時にも食べれそうな物)：
生 活 習 慣	入眠の仕方： 排泄： 好きな遊び・おもちゃ・DVD： くせ等： 具体的にお書きください。
減 免 制 度	該当する減免があれば○で囲んでください。（広島市在住の方のみ） 生保受給者証 市民税免除(市民税・県民税課税台帳記載事項証明書) 所得税免除(所得税源泉徴収又は確定申告書の控え) *病児保育室利用時に必ず証明書を持参してください。
そ の 他	その他、配慮してほしい点、心配な点がありましたら具体的にお書きください。