宝塚市病児・病後児保育事業調査票（登録票）

記入日　　年　　月　　日　　記入者名（保護者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童氏名（フリガナ）		男 女	愛称 性格
生年月日	年　　月　　日（　　歳　　カ月）		
住所			
緊急連絡先	①氏名　　（続柄　　）TEL 勤務先　　TEL ②氏名　　（続柄　　）TEL 勤務先　　TEL		
保育所等	名称　　TEL		
かかりつけ医	病院名　　TEL		
出生時の状況	□ 異常なし　□ 異常あり（　　）		
発育・発達	□ 普通　□ やや遅い　□ わからない		
既往歴	（かかったものに印を付けてください） □ 麻しん（はしか）　□ 突発性発疹　□ 熱性けいれん □ 水痘（みずぼうそう）　□ 結核　□ アトピー性皮膚炎 □ 風しん（三日ばしか）　□ 肺炎　□ 喘息 □ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□ その他（　　）		
入院歴	□ なし　□ あり（　　歳ごろ、病名：　　医療機関名：　　）		
定期的・継続的に飲んでいる薬	□ なし □ あり（疾患名：　　薬の種類：　　服薬方法：　　）		
予防接種	（受けたものに印を付けてください） □ Hib（ヒブ）（1回、2回、3回、追加）　□ 小児用肺炎球菌（1回、2回、3回、追加） □ B型肝炎（1回、2回、3回）　□ 4種混合（1回、2回、3回、Ⅰ期追加） □ 3種混合（1回、2回、3回、追加）　□ 不活化ポリオ（1回、2回、3回、追加） □ BCG　□ 麻しん・風しん（MR）（1期、2期） □ 水痘（1回、2回）　□ 日本脳炎（Ⅰ期初回、Ⅰ期追加） □ その他（　　）		
アレルギー	□ なし □ あり（食材等：　　）アレルギー検査実施　□済　□未		
食事制限	□ なし　□ あり（　　）		
食事	好きな食べ物：　　嫌いな食べ物： 内容　主食：□ごはん　□軟飯　□かゆ　　副食：□普通　□軟菜 離乳食：□初期　□中期　□後期　□完了期		
排泄	オムツ：□あり　□なし　　トイレへの誘導方法：		
昼寝	約　　時間／日　　寝るときのくせ等：		
好きな遊び			
その他	保育上配慮して欲しいこと、注意が必要なことがあれば記入してください。		