

北杜市立病児・病後児保育園利用登録届(台帳)

年 月 日

北杜市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
連絡先

印

ふりがな		男	生年月日		
児童氏名		女	年	月	日生
住 所 (〒 -)					
電話番号 ()					
児童の世帯状況					
続柄	氏 名	生年月日	性別	勤務先及び電話番号	
通園・通学先		電話			
主治医名		電話			
周産期	・妊娠中の異常(なし・あり _____) ・出産時体重 _____ g ・在胎 _____ 週 ・出産時の異常(なし・あり _____)				
乳児期の発達	・首のすわり： _____ 箇月 ・おすわり： _____ 箇月 ・一人歩き： _____ 箇月 ・栄養法(母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期(_____ 歳 _____ 箇月頃) ・卒乳した時期(_____ 歳 _____ 箇月頃) ・人見知り： _____ 箇月 ・母親の後追い： _____ 歳 _____ 箇月 ・初語(意味のあることば)： _____ 歳 _____ 箇月				
予防接種	BCG： _____ 年 _____ 月		ポリオ		
			生ワクチン：① _____ 年 _____ 月 ② _____ 年 _____ 月		
			不活化：① _____ 年 _____ 月 ② _____ 年 _____ 月 ③ _____ 年 _____ 月 追加 _____ 年 _____ 月		
	三種混合：I期1回目 _____ 年 _____ 月		2回目 _____ 年 _____ 月		
	3回目 _____ 年 _____ 月		I期追加 _____ 年 _____ 月		
	四種混合：I期1回目 _____ 年 _____ 月		2回目 _____ 年 _____ 月		
3回目 _____ 年 _____ 月		I期追加 _____ 年 _____ 月			
麻しん・風しん：① _____ 年 _____ 月 ② _____ 年 _____ 月			水ぼうそう：① _____ 年 _____ 月 ② _____ 年 _____ 月		
日本脳炎：I期1回目 _____ 年 _____ 月			肺炎球菌1回目 _____ 年 _____ 月・2回目 _____ 年 _____ 月		
2回目 _____ 年 _____ 月			3回目 _____ 年 _____ 月・追加 _____ 年 _____ 月		
I期追加 _____ 年 _____ 月			ヒブ 1回目 _____ 年 _____ 月・2回目 _____ 年 _____ 月		
			3回目 _____ 年 _____ 月・追加 _____ 年 _____ 月		
その他：					

(裏)

感染症歴	麻疹： 歳 箇月	風疹： 歳 箇月	水ぼうそう： 歳 箇月
	百日咳： 歳 箇月	おたふくかぜ： 歳 箇月	
	B型肝炎： 歳 箇月 (キャリア ない・ある)		
	その他(具体的に)：		

これまでの主な病気・事故	熱性けいれん： なし・あり 座薬使用： なし・あり	
	初回 歳 箇月	最後は 歳 箇月(これまでに 回)
	喘息： なし・あり	初回 歳 箇月
	通院した主な病気	(病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月)
入院したこと	ない・ある (病名 歳 箇月)	
	(病名 歳 箇月)	
	(病名 歳 箇月)	
	(病名 歳 箇月)	
常時内服している薬等	毎日 薬を飲んでいるか (いる・いない・発作時だけ)	
	毎日 吸入療法をしているか (いる・いない・発作時だけ)	
その他、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。(内服時間も)		
申請児童の注意事項	ア 食事制限 (アレルギー) の有無・偏食等	
	イ その他体質、癖又は障害など心配なこと。	
その他	(心配なこと、配慮してほしいこと、好きな遊び等について記入してください)	