

(表)

松戸市病児・病後児保育事業利用登録票		登録番号		—	—
		登録日：	年	月	日
		修正日①：	年	月	日
		修正日②：	年	月	日
(宛先) 松戸市長		申請者氏名			

松戸市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。

ふりがな 児童氏名		愛称	性別	生年月日		平熱
			男・女	年 月 日 歳 か月		℃
児童の きょうだい 関係	氏名		歳	氏名		歳
	氏名		歳	氏名		歳
児童の所属	保育所(園)等・幼稚園・小学校 電話 ()					
かかりつけ 医療機関	電話 ()					
保護者	ふりがな 氏 名		続柄	勤務先名		
	携帯電話			電話： () 勤務先から当施設までの所要時間 時間 分		
	ふりがな 氏 名		続柄	勤務先名		
	携帯電話			電話： () 勤務先から当施設までの所要時間 時間 分		
自宅	住所 (〒 —)		電話番号 ()			
これまでの 病気	※これまでにかかった病気及び感染症に○をつけてください 突発性発疹 麻疹 [はしか] 風疹 おたふくかぜ 水痘 [みずぼうそう] 百日咳 B型肝炎 (キャリアで あり・なし) 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)					
	熱性けいれん	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坐薬を使用されていますか？ はい・いいえ			
	喘息 喘息様気管支炎	なし・あり	薬を飲んでいる： 毎日 ・ 発作時 ・ いない 吸入療法をしている： 毎日 ・ 発作時 ・ いない			
	アトピー性皮膚炎	なし・あり	治療法： 外用薬 ・ 内服薬			
	その他の病気 (具体的に)					
	入院歴	病名： 歳 か月 病名： 歳 か月				
アレルギー	食物	なし・あり	卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他 ()			
	薬	なし・あり	薬の名前：			

※ 保育料免除世帯について 1. 生活保護に該当 する・しない 2. 非課税世帯に該当 する・しない

予防接種 （該当するものに○をつけてください）	BCG		未・済		Hib 感染症	１・２・３・追加		
	四種混合（DPT-IPV）		１期初回（１・２・３）・追加		小児肺炎球菌	１・２・３・追加		
	五種混合（DPT-IPV-Hib）		１期初回（１・２・３）・追加		ロタウイルス（ロタリックス）	１・２		
	MR〔麻疹・風疹〕		１期・２期		ロタウイルス（ロタテック）	１・２・３		
	日本脳炎		１期（初回１回・初回２回・追加） ２期		インフルエンザ	最終接種： 年 月		
	おたふくかぜ		１・２		その他の予防接種を受けている場合ご記入ください			
	水痘〔みずぼうそう〕		１・２					
	B型肝炎		１・２・３					
生活習慣 ※普段の様子を教えてください	食事	乳児	ミルク	母乳・ミルク・混合	一回量： cc 回数： /日 時間おき			
			離乳食	初期・中期・後期	回 数： /日			
		幼児	食事方法	食べさせてもらう ・ 自分で食べようとするが不十分 自分で食べる（手づかみ・スプーン、フォーク・はし）				
			食事量	よく食べる・普通・食が細い・むらがある				
			好きなもの					
			嫌いなもの					
	排泄	オムツ・トイレ使用・午睡時のみオムツ使用・トイレトレーニング中						
		その他（排尿回数が多い・少ない、便意・尿意のサイン等）配慮が必要な場合は、ご記入ください						
	睡眠	午睡	する ・ 時々する ・ しない					
		午睡時間	： ～ ：					
睡眠方法		添い寝 ・ 一人寝 ・ 抱っこ ・ 仰向け ・ 横向き						
	その他寝付くときのくせ（タオルを持って等）があれば、ご記入ください							
好きな遊び								
くせ・性格等								
発達上気になること	発育・発達	普通 ・ 少し遅れていると思う ・ わからない						
	具体的にお書きください							
その他	心配なことや配慮してほしいことがありましたら、具体的にお書きください							
	父母以外の緊急時連絡先：氏名_____続柄_____TEL_____（ ） 氏名_____続柄_____TEL_____（ ）							
施設記入欄								