

(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
申請者氏名		

(宛先) 松戸市長

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 カ月	℃
児童の 兄弟関係	氏名 歳	氏名 歳	氏名 歳	氏名 歳
児童の所属	保育園・幼稚園・小学校 電話 ()			
かかりつけ 病院名	電話 ()			
保護者	ふりがな 氏名	続柄	勤務先名 電話： () 勤務先から当施設までの所要時間 時間 分	
	携帯電話			
	ふりがな 氏名	続柄	勤務先名 電話： () 勤務先から当施設までの所要時間 時間 分	
	携帯電話			
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○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 カ月 最終： 歳 カ月 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： 内服薬 ・ 食事療法	
	その他の病気 (具体的に)			
	入院歴	病名：	歳 カ月	
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	ヒブワクチン	1・2・3・追加
	四種混合		I期1回・2・3・追加	肺炎球菌ワクチン	1・2・3・追加
	ポリオ		1・2	B型肝炎	1・2・3
	三種混合		I期1回・2・3・追加	ロタウイルス	1・2・3
	MR [麻疹・風疹]		I期・II期	インフルエンザ	最終接種： 年 月
	日本脳炎		I期1回・2・追加	その他の予防接種を受けている場合ご記入ください	
	おたふくかぜ		1・2		
	水痘 [みずぼうそう]		1・2		
	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	
	食事	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				
	※災害時引き渡し可能者：氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____ () _____ 氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____ () _____				
施設記入欄					