

様式第1号(第6条関係)

いちき串木野市長 様

病児・病後児保育事業利用登録申請書（病児保育所：あいあいきっず）

登録番号

年 月 日記入

ふりがな 幼児・児童名		男 女		生年月日 平成・令和 年 月 日生		年齢 満 歳 ヶ月		
ふりがな 保護者氏名				住所 電話番号				
通園施設名		TEL		かかりつけ医療機関名 TEL				
家 族 関 係		氏 名	年齢	勤務先名	電話番号・携帯	お子さんの愛称		
	父							
	母							
	その他の家族					お子さんの平熱 ℃		
	父方祖父					お子さんの血液型		
	祖母					()		
	母方祖父							
	祖母					RH (+ ・ -)		
妊娠中の状態	異常なし・あり (妊娠中毒症・強いつわり・貧血・糖尿病・その他)							
分娩時の状態	異常なし・あり (鉗子・吸引・帝王切開・骨盤位・その他)							
出生時の記録	身長(cm) 体重(g) 未熟児(在胎週数 週)							
栄養の様子	哺乳方法：母乳 箇月まで・混合・人工 離乳開始： ヶ月							
出生時の状態	異常なし・あり (仮死・けいれん・黄疸・保育器・光線療法・代謝異常)							
発 達 の 様 子	首の座り		ヶ月	あやすと笑う		ヶ月	寝返り	ヶ月
	ひとり座り		ヶ月	人見知り		ヶ月	はいはい	ヶ月
	つかまり立ち		ヶ月	つたい歩き		ヶ月	ひとり立ち	ヶ月
	ひとり歩き		ヶ月	歯の生えはじめ		ヶ月		
予 防 接 種	ポリオ	1回	年 月 日	MR	(I) . .	日 本 脳 炎		
		2回	. .		(II) . .	初回	1回 . .	
	三・四 種混合	1回	. .	麻疹	. .		追加	2回 . .
		2回	. .	風疹	. .	. .		
		3回	. .	水痘	. .	肺炎球菌	. .	
		1期追加	. .	おたふく				
		BCG		. .	ヒブ			

※記入事項に追加・変更等がある場合は、預けられる時にお伝えください。

既往歴	病 名	年 月 日	病 名	年 月 日	病 名	年 月 日
	麻 疹	・ ・	溶連菌感染症	・ ・	結 膜 炎	・ ・
	風 疹	・ ・	手 足 口 病	・ ・	B 型 肝 炎	・ ・
	水 痘	・ ・	伝 染 性 紅 斑	・ ・	突 発 性 発 疹	・ ・
	流行性耳下腺炎	・ ・	肺 炎	・ ・	中 耳 炎	・ ・
	ひきつけ	無 有（有熱・無熱）【これまで（ 回） 最初（ 歳 ヶ月） 最後（ 歳 ヶ月）】				
	そ の 他 (大きな病気やけが)	傷病名 経過				
起こしやすい病気等	鼻出血 ・ 風邪をひきやすい ・ 下痢 ・ 脱臼 ・ じんましん アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ その他（ ）					
食 事 用 具	スプーン ・ はし ・ 哺乳ビン ・ マグマグ ・ ストロー ・ コップ					
偏 食 の 状 況	偏食 有（ ） ・ 無					
食 物 ア レ ル ギ ー	有（牛乳 ・ 卵 ・ 肉 ・ その他 ） ・ 無					
その他のアレルギー						
除 去 食	牛乳 ・ 卵 ・ その他（ ）					
喘 息	有（ 歳 箇月から 発作の回数 回） ・ 無					
離 乳 食	1日（ 回） 朝 ・ 昼 ・ 夜 ごっくん ・ モグモグ ・ カミカミ					
睡 眠	1日（ 時間睡眠） 午睡：する 1日（ 時間） ・ しない					
排 泄 の 自 立	自分で排尿 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる) 自分で排便 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)					
く せ ・ 性 格						
心配なこと又は配慮してほしいことがありましたら記入してください。						