

病後児保育Tプラス 利用登録票

私は、病後児保育室を利用したいので、丹波市と情報共有することに同意した上で、下記のとおり登録します。

記入日 令和 年 月 日

記入者名

利用児童から見た続柄 ()

ふりがな		男 ・ 女	愛称		生年月日	平成 令和	年 月 日 (歳)
児童氏名							
住所	〒					TEL	
かかりつけ医	担当医名 TEL			通園施設名 小学校 認定こども園等		小学校名 (年生) 認定こども園名() 未就園児	
家族状況	父・氏名			勤務先名	TEL		
	母・氏名			勤務先名	TEL		
	きょうだい	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)	
緊急連絡先	氏名			TEL		対象児との続柄()	
出生時の状況	出生児体重 g		<input type="checkbox"/> 異常あり		<input type="checkbox"/> 異常なし		
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか)			<input type="checkbox"/> 熱性けいれん 回(最終 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)			<input type="checkbox"/> 喘息			
	<input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか)			<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎			
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			<input type="checkbox"/> アレルギー			
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹			<input type="checkbox"/> 結核			
予防接種 ※該当に チェックして ください。	種類			回数等			未接種
	<input type="checkbox"/> BCG						<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん)			1期 ・ 2期			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ポリオ(<input type="checkbox"/> 生ワク ・ <input type="checkbox"/> 不活化)			1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 3種混合			1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 4種混合			1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hib(ヒブ)			1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌			1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			1期1回 ・ 2回 ・ 追加 ・ 2期			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 水痘			1回 ・ 2回			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎			1回 ・ 2回			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HB)			1回 ・ 2回 ・ 3回			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ロタウイルス			1回 ・ 2回 ・ 3回			<input type="checkbox"/>	
入院について	入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。 歳 月 病名 歳 月 病名						
常時服用している薬	ある場合、具体的に記入してください。						
食事について	アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。						
その他	配慮して欲しいこと等があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気・手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)						