

神戸市病児保育事業 利用登録票

令和 年 月 日 記入

記入者名 _____

フリガナ 氏名		男 女	愛称	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所	〒				TEL
家庭医名	TEL		保育所等名	TEL	
家族 の 状況	父・氏名	(歳)	勤務先名	TEL	
	母・氏名	(歳)	勤務先名	TEL	
	兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)	歳(男・女)
緊急時の連絡先	氏名	TEL		(対象児との続柄)	
周産期	・妊娠中の異常 なし・あり () ・出生時体重 g ・出産は(予定どおり・ 日早かった・遅かった) (在胎 週) ・出産時の異常 なし・あり()				
乳児期の発達	・首のすわり (カ月) ・おすわり (カ月) ・一人歩き (カ月) ・発達の遅れ(疑いあり・なし) ・栄養法 (母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期 (前期 : カ月) (中期 : カ月) (後期 : カ月) (幼児食 : 歳 カ月) ・初語(意味のある言葉) (歳 カ月)				
予防接種	BCG	未・済			
	MR(麻しん・風しん)	未・1期済・2期済			
	ポリオ(□生ワク □不活化) <small>※四種混合接種者は記入不要</small>	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	□三種 □四種 混合	未・I期1回目済・2回目済・3回目済・追加			
	日本脳炎	未・I期1回目済・2回目済・追加済			
	ヒブワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・1回目済・2回目済			
	水痘	未・1回目済・2回目済			
	B型肝炎(HB)	未・済			
その他	()				
既往歴	・麻しん(はしか) ・水痘(水ぼうそう) ・風しん ・百日咳 ・てんかん ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・結核 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ()				
食事	嫌いな食べ物 () 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	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)				