

申込児童の現況について（病児・病後児保育事業利用登録申込書添付）

（日付：令和 年 月 日）

ID： 名前 さま

新生児	出生週数（ ）週	出生体重（ ）g	出生身長（ ）cm										
	妊娠時の異常	なし ・ あり（ ）	出生時の異常	なし ・ あり（ ）									
発育・発達	異常なし ・ 異常あり（具体的に： ） ・ わからない												
予防接種 （接種した 予防接種欄 の口に チェック✓ をしてくだ さい。） ※複数回接 種している 場合は回数 別にチェッ	1回目	2回目	3回目	4回目	ヒブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MR（麻疹+風疹）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	みずぼうそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					4種混合（DPT+IPV）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0歳 <input type="checkbox"/>	1歳 <input type="checkbox"/>	2歳 <input type="checkbox"/>
					BCG	<input type="checkbox"/>					3歳 <input type="checkbox"/>	4歳 <input type="checkbox"/>	5歳 <input type="checkbox"/>
					3種混合（DPT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	6歳 <input type="checkbox"/>	7歳 <input type="checkbox"/>	8歳 <input type="checkbox"/>
					ポリオ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9歳 <input type="checkbox"/>	10歳 <input type="checkbox"/>	11歳 <input type="checkbox"/>
					その他（ ）								
	食物アレルギー	なし ・ あり（ありの場合は、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」などアレルギーの内容が分かる保育園、幼稚園、学校へ提出した書類のコピーを提出して下さい。）											
アナフィラキシー（アレルギー反応） なし ・ あり													
薬物アレルギー	なし ・ あり（種類等：												
熱性けいれん	ない ・ あり（ 歳、 歳） ダイアアップ座薬使用 する ・ しない												
既往歴	なし ・ あり（ 気管支ぜんそく ）												
	その他（ ）												
常時服用している薬	なし ・ あり（ ）			入院歴	なし ・ あり（ ）								

発達について

首のすわり	か月	お座り	か月	寝返り	か月	はいはい	か月
つかまり立ち	か月	伝い歩き	か月	ひとり歩き	か月	言葉を発した時期	か月

食事について

*乳児期（～1歳）												
昼食（ ）時頃												
ミルク	母乳	混合	人工乳	回数	（ ）/日			1回量	（ ）cc			
離乳食	初期	中期	後期	回数	（ ）/日							
*幼児期（1歳～）												
昼食（ ）時頃												
食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク・スプーンを使って食べる <input type="checkbox"/> はしを使える											
好きな食べ物												
嫌いな食べ物												
食事の時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則											
食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある											
その他要望												

排泄

*乳児期（～1歳）												
オムツ	<input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ    （ 1日 枚程度）											
*幼児期（1歳～）												
オムツ	<input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ											
小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する											
大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する											
したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない											

その他、生活習慣など

昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する			時間	（ ）時間							
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他（ ）											
好きな遊び												
性格 （くせ、怖がるものなど）												

保育中に心配なこと、配慮してほしいことなど

※個人情報、当病児・病後児保育室で厳重に保管し、保育に必要な場合のみ使用し、他の目的には一切使用しません。