

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

※印の欄(住所・家族の状況)は、予約システムに入力した場合は省略できます。

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 小学校 等名	TEL				
※ 家族 の 状況	父・氏名	(歳)	携 帯 TEL		勤務先名	TEL			
	母・氏名	(歳)	携 帯 TEL		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)								
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) ※四/五種混合接種者は記入不要		未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済						
	□三種 □四種 □五種 混合		未 ・ I 期 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加済						
	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						
	新型コロナワクチン		未 ・ 済						
その他・ロタ等		()							
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。 過去にあったアレルギーについても記入してください。								
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)								