

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 等名 小学校	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) ・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) ※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)				