様式第１号

船橋市病児・病後児保育利用登録票

登録番号	―	―

登 録 日　平成　年　月　日
修正日①　平成　年　月　日
修正日②　平成　年　月　日

事業実施者　様

申請又は保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

船橋市病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録します。

(ふりがな) 児童氏名	愛称(　　)			平成　年　月　日生	男・女
自宅住所				電話　(　　)	
児童の所属	保育園・幼稚園・小学校　その他（　　）電話　(　　)				
かかりつけの医院					
保護者氏名 （緊急時の連絡先に〇をつけて下さい）	父	(　　)才	携帯	勤務先名 電話　(　　)	
	母	(　　)才	携帯	勤務先名 電話　(　　)	
児童の 兄弟姉妹	氏名　(　　)才・　氏名　(　　)才 氏名　(　　)才・　氏名　(　　)才				
□　生活保護に該当する					

食事	乳児	ミルク	□母乳　□混合　□人工	１回量（　　）cc・回数（　　）／日
		離乳食	□初期　□中期　□後期	回数（　　）／日
昼食 ＿＿時頃	幼児	食べ方	□食べさせてもらう　□自分で食べられる　□手づかみ　□はしを使う □自分で食べようとするが不十分　□スプーン・フォークを使う	
		食事時間	□普通　□時間がかかる　□不規則	
		食事の量	□少ない　□普通　□多い　□むらがある	
		好きな物		
		嫌いな物		
排泄	オムツ		□１日中　□寝るときだけつける　□トイレトレーニング中	
	小便		□手伝ってもらう　□一人でする	回数　(　　)／日
	大便		□手伝ってもらう　□一人でする	回数　(　　)／日
	したい時		□動作で知らせる　□言葉で知らせる　□知らせない	
昼寝	□する　□しない　□時々する			時間（　　）時間
好きな寝方	□　添い寝　□ひとり寝　□抱っこ　□仰向け　□うつぶせ　□横向き □　その他（　　）			
好きな遊び				
性格・癖・怖がるものなど				
アレルギー	□有り　□無し　（有りの方は、具体的に記入して下さい）			

＊　申請又は保護者の方は、登録番号欄には記入しないで下さい。＊該当欄□に　を付けてください。

様式第１号裏面

お分かりになる範囲で、ご記入ください。　　児童氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出生時体重　　g　　出生時身長　　cm

分娩時状況　□自然分娩　□吸引　□帝王切開

□その他（　　）

既往歴

生まれつきの病気　□有　□無（病名　　）			
□突発性発疹（　　歳頃）			
□麻疹（はしか）			
□水痘（水ぼうそう）			
□風疹（三日はしか）			
□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）			
□百日咳			
□細気管支炎			
□喘息 □喘息様気管支炎	治療	薬	□毎日　□発作時
		吸入	□毎日　□発作時
□アトピー性皮膚炎	治療	□内服薬　□外用薬	
□川崎病	心臓合併症	□有　□無	
□伝染性紅斑（りんご病）			
□Ｂ型肝炎	□キャリア		
	□キャリアでない		
□副鼻腔炎　□中耳炎			
□熱性けいれん 回数　回　初回　歳　月 体温　℃　最後　歳　月			
□発達の遅れ（具体的にご記入ください）			
□その他（病名　　）			
□入院　（病名　　）			

予防接種

□ヒブ	初回	１回目	年	月
		２回目	年	月
		３回目	年	月
	追加		年	月
□肺炎球菌	初回	１回目	年	月
		２回目	年	月
		３回目	年	月
	追加		年	月

予防接種

□四種混合	初回	１回目	年	月
□三種混合		２回目	年	月
		３回目	年	月
	追加		年	月
ポリオ		１回目	年	月
□不活化		２回目	年	月
□経口		３回目	年	月
		４回目	年	月
□ＢＣＧ			年	月
□麻疹・風疹		１回目	年	月
（ＭＲ）		２回目	年	月
□日本脳炎	Ⅰ期	１回目	年	月
		２回目	年	月
	追加		年	月
	Ⅱ期		年	月
ロタウィルス		１回目	年	月
□ロタテック		２回目	年	月
□ロタリックス		３回目	年	月
□Ｂ型肝炎		１回目	年	月
		２回目	年	月
		追加	年	月
□Ａ型肝炎		１回目	年	月
		２回目	年	月
		追加	年	月
□水痘（水ぼうそう）		１回目	年	月
		２回目	年	月
□おたふくかぜ		１回目	年	月
		２回目	年	月
□インフルエンザ（接種年齢に〇） ０歳／１歳／２歳／３歳／４歳／５歳／６歳／７歳／８歳				
その他（ワクチン名）				
			年	月
			年	月
			年	月

保育への要望など