

神戸市病児・病後児保育事業 利用登録票

平成____年____月____日記入

記入者_____

名前	ふりがな	男 女	愛称	生年 月日	平成 年 月 日	生まれ () 歳
住所	〒					☎
緊急時連絡先	氏名 (対象との続柄)					☎
家庭 医名	☎			保育所 等名	☎	
家族 の 状況	父氏名	() 歳		勤務先	☎	
	母氏名	() 歳		勤務先	☎	
	兄弟	歳 (男・女)		歳 (男・女)	歳 (男・女)	
周産期	・妊娠中の異常 なし・あり () ・出生時体重 _____ g ・出産週数 _____ 週 (在胎週数) ・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) ・発語 (歳 カ月) ・一人歩き (ヶ月) ・発達の遅れの疑い あり・なし ・栄養法 (母乳 ・ 混合 ・ ミルク) ・離乳食開始時期 (前期: ヶ月) (中期: ヶ月) (後期: ヶ月) (幼児食: ヶ月)					
予 防 接 種	BCG	未 ・ 済				
	MR (麻疹・風疹)	未 ・ 1期済 ・ 2期済				
	ポリオ (□生ワク □不活化) 四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				
	□三種混合 □四種混合	未 ・ 期1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加				
	日本脳炎	未 ・ 1期1回目済 ・ 2回目済 ・ 追加				
	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				
	ロタ	未 ・ 済				
HB	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済					
既往歴	・麻疹 (はしか) ・水痘 (水ぼうそう) ・風しん ・百日咳 ・てんかん ・川崎病 ・結核 ・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎					
その他	配慮してほしいことがあれば記入ください (生まれつきの病気、気になる発達など)					