ひまわり保育園　病児・病後児保育室利用登録票

年　　月　　日

申請者（保護者）氏名　　㊞

医療法人社団一歯会 ひまわり保育園　病児・病後児保育室を利用したいので、次のとおり登録します。

児童氏名（ふりがな）	愛称（　　）		性別		生年月日	年　月　日生
住所	（〒　　－　　）				電話番号	
保護者氏名（緊急時の連絡先に○をつけてください）	①	続柄（　　）	携帯		勤務先名 電話　（　　）	
	②	続柄（　　）	携帯		勤務先名 電話　（　　）	
児童の兄妹姉妹	氏名　（　歳）		氏名　（　歳）			
	氏名　（　歳）		氏名　（　歳）			
通園施設名	保育園　・　幼稚園　・　小学校　・　その他（　　） 電話番号　（　　）					
かかりつけの医療機関	電話番号　（　　）					

出生について	妊娠期間	（妊娠　週　日）	出生時体重	（　g）
	妊娠中の異常	なし・あり（　　）		
	出生時の異常	なし・あり（　　）		

既往歴（今までにかかった病気に番号と【】の内容に○をつけてください。母子手帳を確認し、記入をお願いします。）

1 突発性発疹
2 麻しん（はしか）
3 水痘（水ぼうそう）
4 風しん
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
6 B型肝炎（キャリアを含む）
7 喘息・喘息様気管支炎
　【薬の服用…毎日・発作時のみ】
8 アトピー性皮膚炎
9 川崎病
　【合併症…あり・なし】
10 熱性けいれん
　【初回　歳　か月、最後　歳　か月、これまで　回】
　【坐薬の指示…あり・なし】
11 てんかん
12 食物アレルギー等（検査最終日　年　月　日）
　【牛乳・卵・大豆・小麦・その他（　　）】
13 その他
　【具体的に：　　】

予防接種（これまで受けた予防接種の番号と【】の回数に○をつけてください。）

1 Hib【1回目-2回目-3回目-追加】
2 小児用肺炎球菌【1回目-2回目-3回目-追加】
3 五種混合【Ⅰ期 1回目-2回目-3回目-追加】
4 四種混合【Ⅰ期 1回目-2回目-3回目-追加】
5 三種混合【Ⅰ期 1回目-2回目-3回目-追加】
6 ポリオ【1回目-2回目-3回目-追加】
　※生ポリオの場合は2回目まで
7 BCG
8 MR（麻しん 風しん）【1回目-2回目】
9 日本脳炎【Ⅰ期 1回目-2回目-追加】
10 水痘（水ぼうそう）【1回目-2回目】
11 ロタウイルス【1回目-2回目-3回目】
12 B型肝炎【1回目-2回目-3回目】
13 HPV【1回目-2回目-3回目】
14 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
15 インフルエンザ【最近受けたのは　年　月】
16 新型コロナウイルス【最近受けたのは　年　月】
17 髄膜炎菌
18 その他【　　】

□ 定期接種
□ 任意

入院の経験（入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。）

1 ない
2 ある　【　歳　か月、病名　　】
　　【　歳　か月、病名　　】

常時内服している薬（常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。）

1 ない　　2 ある【具体的に：　　】

その他（薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください。）

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）			
ミルク	母乳　・　混合　・　人工乳	回数	（　　回／日）	１回量（　　ml）
離乳食	初期　・　中期　・　後期	回数	（　　回／日）	

＊幼児期（１歳～）

昼食	（　　時）
食べ方	食べさせてもらう　・　自分で食べられる　・　自分で食べようとするが不十分 手づかみ　・　フォーク、スプーンを使って食べる　・　はしを使える
好きな食べ物	
嫌いな食べ物	
食事の時間	普通　・　時間がかかる　・　不規則
食事の量	少ない　・　ふつう　・　多い　・　むらがある
その他要望	

排泄について

オムツ	１日中　・　寝るときだけ　・　トレーニングパンツ
小便	手伝ってもらう　・　ひとりでできる　・　時々失敗する
大便	手伝ってもらう　・　ひとりでできる　・　時々失敗する
したい時	動作で知らせる　・　言葉で知らせる　・　知らせない

その他、生活習慣など

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 ・ うつ伏せ ・ 仰向け ・ 横向き ・ 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