

第1号様式

船橋市病児対応型・病後児対応型事業利用登録票

登録番号 — —

事業実施者 様

登録日 令和 年 月 日
 修正日① 令和 年 月 日
 修正日② 令和 年 月 日

申請又は保護者氏名

船橋市病児対応型・病後児保育対応型事業を利用したいので、次のとおり登録します。

(ふりがな) 児童氏名	愛称()			平成令和 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○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				
<input type="checkbox"/> 生活保護に該当する					
食事 昼食 — 時頃	乳	ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工	1回量 () cc・回数 () /日		
	児	離乳食 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期	回数 () /日		
	幼 児	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> はしを使う <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う		
		食事時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則		
		食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある		
		好きな物 嫌いな物			
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけつける <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中			
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 一人でする	回数 () /日		
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 一人でする	回数 () /日		
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない			
昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する		時間 () 時間		
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他 ()				
好きな遊び					
性格・癖・怖がるものなど					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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。

第1号様式裏面

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 <input type="text"/> g 出生時身長 <input type="text"/> cm 分娩時状況 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)			<input type="checkbox"/> 四種混合 初回 1回目 年 月 <input type="checkbox"/> 三種混合 2回目 年 月 3回目 年 月 追加 年 月					
既往歴	生まれつきの病気 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (病名 <input type="text"/>)			ポリオ 1回目 年 月 <input type="checkbox"/> 不活化 2回目 年 月 <input type="checkbox"/> 経口 3回目 年 月 4回目 年 月				
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 (<input type="text"/> 歳頃)			<input type="checkbox"/> BCG 年 月				
	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか)			<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 (MR) 1回目 年 月 2回目 年 月				
	<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)			<input type="checkbox"/> 日本脳炎 I期 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月 II期 年 月				
	<input type="checkbox"/> 風疹 (三日はしか)			ロタウィルス 1回目 年 月 <input type="checkbox"/> ロタテック 2回目 年 月 <input type="checkbox"/> ロタリックス 3回目 年 月				
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)							
	<input type="checkbox"/> 百日咳			<input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月				
	<input type="checkbox"/> 細気管支炎							
	<input type="checkbox"/> 喘息		薬 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時		<input type="checkbox"/> A型肝炎 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月			
	<input type="checkbox"/> 喘息様 気管支炎		吸入 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時					
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		治療 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬					
	<input type="checkbox"/> 川崎病		心臓合併症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) 1回目 年 月 2回目 年 月 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ 1回目 年 月 2回目 年 月 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (接種年齢に○) 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			
	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病)							
	<input type="checkbox"/> B型肝炎		<input type="checkbox"/> キャリア <input type="checkbox"/> キャリアでない					
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎		<input type="checkbox"/> 中耳炎					
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん							
	回数 <input type="text"/> 回		初回 <input type="text"/> 歳 月 最後 <input type="text"/> 歳 月					
<input type="checkbox"/> 発達の遅れ (具体的にご記入ください)								
<input type="checkbox"/> その他 (病名 <input type="text"/>)								
<input type="checkbox"/> 入院 (病名 <input type="text"/>)								
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ		初回 1回目 年 月 2回目 年 月 3回目 年 月 追加 年 月					
	<input type="checkbox"/> 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					
	保育への要望など							