

野木町病児保育事業利用登録書（病児対応型）

記入日：		年		月		日		※こども教育課受付日：		年		月		日		
児童氏名		ふりがな						男・女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)						
お子さんの愛称								保育所(園)、幼稚園 認定こども園、小学校名		TEL ()						
保護者	氏名	ふりがな						児童との続柄：								
								自宅電話 ()								
	住所															
事前登録している兄弟姉妹がいる場合		氏名	(歳 ヶ月)				男女	氏名	(歳 ヶ月)				男女			
		氏名	(歳 ヶ月)				男女	氏名	(歳 ヶ月)				男女			
緊急連絡先	続柄	氏 名		勤務先等名称						電話番号						
	父									TEL ()						
										携帯 ()						
	母									TEL ()						
										携帯 ()						
										TEL ()						
携帯 ()																
健康保険証		記号		番号		保険者番号										
かかりつけの病院名		1	TEL ()													
		2	TEL ()													
お子さんの状態について詳しくお伺いします。（あてはまるものに○を付けるかご記入ください。）																
出産時の様子		在胎 (週) (g)				分娩時の異常				ある ・ ない						
乳児期の発育		首がすわる () ヶ月 お座り () ヶ月 一人歩き () ヶ月														
		人見知り () ヶ月 母親の後追い () ヶ月														
		発語（意味のある言葉） () 歳 () ヶ月														
		栄養法 母乳 ・ ミルク ・ 混合														
予 防 接 種		三種混合		受けていない ・ 受けた (Ⅰ期：1回 2回 3回) Ⅱ期												
		四種混合		受けていない ・ 受けた (Ⅰ期：1回 2回 3回) Ⅱ期												
		ツベルクリン反応		受けていない・受けた(判定)				ポリオ		受けていない・受けた (1回 2回)						
		BCG		受けていない・受けた				風 疹		受けていない・受けた						
		はしか		受けていない・受けた				おたふくかぜ		受けていない・受けた						
		水ぼうそう		受けていない・受けた				その他 ()								

