

## 奈良市病児・病後児保育利用登録書

(あて先)実施施設の長  
 以下のとおり病児・病後児保育利用の登録を申請します。  
 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

登録番号( )

(ふりがな) 児童氏名	男 女 愛称( )	健康保険証 記号 番号 保険者番号 乳幼児福祉医療受給者証番号				
生年月日 血液型	年 月 日 ( )歳 ( )か月 型 (RH + - )	かかりつけ 医療機関 TEL( ) -				
住所	〒 Tel ( ) -					
緊急連絡先	Tel ① どの連絡先ですか( )					
	Tel ② どの連絡先ですか( )					
通園・通学している ところ	(保育所・認定こども園・幼稚園・小学校) Tel( )					
保護者	氏名	年齢	続柄	勤務先/学校など	職種	連絡先
上記以外 同居家族						
生育歴	・妊娠中の異常 なし あり ・在胎 _____ 週 出生体重 _____ g ・出産時の異常 なし あり ) ・首すわり _____ か月 ・生歯 _____ か月 ・一人歩き _____ 歳 か月					
かかった病気	突発性発疹	済 未	みずぼうそう	済 未		
	麻疹	済 未	風疹	済 未		
	おたふくかぜ	済 未				
	りんご病	済 未				
	百日咳	済 未				
予防接種 受けたものに ○をつけて下さい	ヒブ ( 1 2 3 4 )		四種混合( I II III IV )			
	肺炎球菌 ( 1 2 3 4 )		BCG ( 済 未 )			
	B型肝炎 ( 1 2 3 )		MRワクチン ( I期 II期 )			
	ロタリックス ( 1 2 )		みずぼうそう ( 1 2 )			
	ロタテック ( 1 2 3 )		おたふくかぜ ( 1 2 )			
	その他の予防接種で受けたもの( )					
けいれん	なし あり 初回 ( 歳 か月) 最終 ( 歳 か月) 発熱時はけいれん予防の座薬を使用されていますか? はい いいえ					

※裏面に続きます

★施設をはじめて利用される方のみ記入し、施設に提出してください。

<p>入院したことは ありますか？</p>	<p>なし あり (病名) (病名) (病名)</p> <p>歳 歳 歳 か月) (か月) (か月)</p>
<p>アレルギー疾患 について</p>	<p>・食物アレルギー (卵 牛乳 大豆 小麦 そば その他( )) あり なし ・アトピー性皮膚炎 (行っている治療) ) ・気管支喘息 (行っている治療) ) ・その他 ( ) (ケア)</p>
<p>現在も治療中の 病気について</p>	<p>なし あり (病名) ) 内服薬 なし あり( ) ) その他の治療( ) )</p>
<p>体質やかかりやすい 病気について 該当項目に○をつけて 下さい</p>	<p>( )鼻血が出やすい ( )皮膚がかぶれやすい ( )下痢をしやすい ( )じんましんがしやすい ( )吐きやすい ( )肘内障になったことがある 最終( )歳</p>
<p>その他 心配事など</p>	
<p>担当者備考</p>	