

茅ヶ崎市病後児保育事業登録届

社会福祉法人西久保福祉会あて

年 月 日記入

記入者（保護者）氏名

続柄

茅ヶ崎市病後児保育事業の利用登録について次のとおり届け出ます。なお、茅ヶ崎市で保有する住民基本台帳情報、市民税情報、生活保護情報等を茅ヶ崎市病後児保育事業に必要な範囲において、社会福祉法西久保福祉会が利用することに同意します。

ふりがな	男	保育園・小学校名	かかりつけの小児科名		
名前	女				
愛称		TEL	TEL		
年 月 日生					
住所 〒		自宅TEL	緊急 父母 連絡 以外 の		
		父携帯		氏名 続柄 TEL	
		母携帯		氏名 続柄 TEL	
家族構成	続柄	名前	生年月日	勤務先・学校名	勤務先TEL/勤務時間
	父				TEL 勤務時間
	母				TEL 勤務時間
					TEL 勤務時間
					TEL 勤務時間
					TEL 勤務時間
妊娠中・出産時に異常はありましたか？ ない あり () ()週 ()日 出生		食物アレルギー ない あり → () 診断 年 月 (歳 ヶ月) 解除 年 月 (歳 ヶ月)			
出生時 身長 cm 体重 g 出生時黄疸 なし・少しあり・あり 光線療法 交換輸血		喘息 ない あり 診断 年 月 (歳 ヶ月) 内服薬 なし 発作時のみ 毎日 薬品名 () 吸入薬 なし 発作時のみ 毎日 薬品名 ()			
乳児期の栄養 母乳・混合・人工 母乳は何か月まで？ ヶ月まで・授乳中 乳児健診で何か指摘をされたことはありますか？ ない・あり ()		熱性けいれん ない あり 診断 年 月 初回 (歳 ヶ月) 最終 (歳 ヶ月) 処方薬名 () ()℃で使用			
手術をしたことはありますか？ ない・あり ()					
現在の平熱 °C					
その他 配慮することがあればご記入ください。					
予防接種	Hib	1 年 月	麻疹・風疹	1 年 月	既往歴 (○で囲んでください) 突発性発疹 溶連菌感染症 肺炎 髄膜炎 RSウイルス感染症 ひきつけ 川崎病 発達障害 花粉症 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 おたふくかぜ みずぼうそう 風疹 はしか 百日咳 その他
		2 年 月		2 年 月	
		3 年 月	水痘	1 年 月	
		追 年 月		2 年 月	
	肺炎球菌	1 年 月	日本脳炎	1 年 月	
		2 年 月		2 年 月	
		3 年 月	追	年 月	
		追 年 月	ロタ	1 年 月	
	B型肝炎	1 年 月		2 年 月	
		2 年 月		3 年 月	
	3 年 月	おたふくかぜ	1 年 月		
四種混合	1 年 月		2 年 月		
	2 年 月	インフルエンザ			
	3 年 月	0歳 1歳 2歳 3歳 4歳			
	追 年 月				
BCG	年 月	5歳 6歳 7歳 8歳 9歳			