

## お子さんの最近の様子

登録申請後、内容に変更がある場合は利用の際に記入してお持ちください

平成 年 月 日記入

|  |                                   |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|--|-----------------------------------|---------------|------------------------|--------|-------------|----|------|---|----|
| <b>お子さんのお名前</b>                            |                                   | 男・女 平成 年 月 日生 |                        | 歳 月    |             |    |      |   |    |
| 登録番号 ( )                                   |                                   |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| <b>自宅住所</b> (〒 )                           |                                   |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| 自宅電話                                       |                                   |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| <b>緊急連絡変更</b>                              | 父                                 | 勤務先名          |                        | 電話     |             |    |      |   |    |
|  |                                   | 携帯電話          |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 母                                 | 勤務先名          |                        | 電話     |             |    |      |   |    |
|  |                                   | 携帯電話          |                        |        |             |    |      |   |    |
| <b>発達</b>                                  | <b>2歳未満のみ記入</b>                   |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 首のすわり                             | か月            | ・                      | おすわり   | か月          | ・  | 一人歩き | 歳 | か月 |
|  | 人見知り                              | か月            | ・                      | 初めての言葉 | 歳           | か月 |      |   |    |
| <b>予防接種</b>                                | ツ反応： (判定 )                        |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | BCG： 済 未                          |               | ポリオ： 1回目 済 未 ・ 2回目 済 未 |        |             |    |      |   |    |
|  | 三種混合： 1回目 年 月                     |               | 2回目 済 未                |        | 3回目 済 未     |    |      |   |    |
|  | 追加 済 未                            |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | はしか： 済 未                          |               | 水ぼうそう： 済 未             |        |             |    |      |   |    |
|  | 風疹： 済 未                           |               | おたふく： 済 未              |        |             |    |      |   |    |
|  | はしか風疹混合ワクチン： I期 済 未 ・ II期 済 未     |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 日本脳炎： 1回目 済 未 ・ 2回目 済 未 ・ 3回目 済 未 |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| その他：                                       |                                   |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| <b>感染症</b>                                 | はしか： 済 未                          |               | 水ぼうそう： 済 未             |        | ふたふくかぜ： 済 未 |    |      |   |    |
|  | 百日咳： 済 未                          |               | 風疹： 済 未                |        | その他         |    |      |   |    |
|  | B型肝炎： ( キャリアである ・ ない )            |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| <b>これまでの病気</b>                             | 喘息 ・ 喘息様気管支炎 ・ アトピー性皮膚炎           |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 常用薬 ( )                           |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 食物アレルギー食品名 ( )                    |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 誤って食べたときどんな症状がでますか。( )            |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 入院したことがありますか(病名 歳 か月)             |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | (病名 歳 か月)                         |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| <b>病気</b>                                  | 熱性痙攣： 初回 歳 か月 最後は 歳 か月 (これまでに 回)  |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | 現在抗けいれん剤使用： なし あり (熱が 度以上で使用 )    |               |                        |        |             |    |      |   |    |
|  | その他の病気                            |               |                        |        |             |    |      |   |    |
| <b>現在の食事：</b> ミルク 離乳食 ( 中期 後期 完了 ) 乳児食 普通食 |                                   |               |                        |        |             |    |      |   |    |