

あいあい病児保育事業利用登録票

年 月 日 記入

あいあいケア

申請者名

護	保護者氏名		続柄	保護者勤務先	
	①				名称
	携帯番号		電話番号		
	②			名称	
携帯番号		電話番号			

護	児童氏名		性別	生年月日			
	(ふりがな)				平成	年	月
			令和		(歳		ヶ月)
住所 (〒 -)							
通園施設等							
1. 保育所に通園している			施設名 _____				
2. 通園していない			→ 電話番号 _____				
3. 小学校に通っている			_____				
かかりつけ医							
医療機関名 _____			担当医 _____				
電話番号 _____							

護	今までにかかった病気の番号に○をつけ【 】内を記入して下さい	
	1. 突発性発疹	11. アトピー性皮膚炎
	2. 麻疹(はしか)	12. 喘息・喘息用気管支炎
	3. 風疹	【薬の服用は・・・ 毎日 ・ 不調時のみ】
	4. 水ぼうそう	13. てんかん
	5. アデノウイルス(プール熱)	14. 熱性けいれん (回数 回)
	6. おたふくかぜ	【初回: 歳 ヶ月、最終: 歳 ヶ月】
	7. 百日咳	【座薬の指示 □あり □なし】
	8. ヘルパンギーナ	15. 川崎病【心臓合併症 あり ・ なし】
	9. 肺炎	16. 食物アレルギー
	10. とびひ	【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】
	17. その他【具体的に: _____】	

視 の 状	現在、治療または経過観察中の病気(定期的を受診や県sなどの必要な病気)	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
■	上記の病気のため、常時、内服中の薬 ※病児利用時にも内服ある場合は、投薬連絡票記載と処方箋のコピーを持参して下さい	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
■	これまで受けた予防接種の番号と【】の回数に○をつけてください	
	1. Hib【未接種・1回目・2回目・3回目・追加】	7. 水痘【未接種・1回目・2回目】
	2. 肺炎【未接種・1回目・2回目・3回目・追加】	8. ロタウイルス【未接種・1回目・2回目・3回目】
	3. 四種混合【未接種・1回目・2回目・3回目・追加】	9. B型肝炎【未接種・1回目・2回目・3回目】
	4. MR(麻しん・風しん)【未接種・1回目・2回目】	10. おたふくかぜ【未接種・接種済】
	5. 日本脳炎【未接種・1回目・2回目・追加】	11. インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】
	6. BCG【未接種・接種済】	12.
平熱	℃	
水分	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> マグマグ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 哺乳瓶	
食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
ミルク	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない	
薬	<input type="checkbox"/> 口に入れてそのまま飲む <input type="checkbox"/> スプーンの上で溶かして飲む	
	<input type="checkbox"/> 水で練って口に入れる <input type="checkbox"/> ゼリーで飲ませてほしい	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレで一人でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝えば出来る <input type="checkbox"/> おむつ使用	
昼寝の習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (: ~ :)	
寝かしつけ	<input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おっぱい	
	<input type="checkbox"/> ラック <input type="checkbox"/> トントン <input type="checkbox"/> その他()	
好きな遊び		
④ 他	薬物・食物アレルギーや、心配なこと、配慮してほしいことなどについて記入してください。	