

# 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

保護者	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			

登録児童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			平成	年	月 日 生
				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		_____				
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						
既往歴	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: _____】						

現在の状況	現在、治療または経過観察中の病気(定期的に受診や県sなどの必要な病気)	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
現在の状況	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 ( )	
予防接種歴	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		
その他	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。	