

## お子さんの最近の様子

登録申請後、2歳未満のお子さんは6か月に一度、2歳以上のお子さんは1年に一度病後児  
保育センターぱるむを利用する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>住所変更自宅住所</b> (〒 )					
自宅電話					
<b>緊急連絡変更</b>	<b>父</b>	勤務先名		電話	
		携帯電話			
	<b>母</b>	勤務先名		電話	
		携帯電話			
<b>2歳未満のみ記入</b>					
発達 首のすわり 月 日 ・ おすわり 月 日 ・ 一人歩き 月 日 人見知り 月 日 ・ 初めての言葉 月 日					
<b>登録後の予防接種</b>	ツ反応： 年 月 (判定 )				
	BCG： 年 月		ポリオ： 1回目 年 月 ・ 2回目 年 月		
	三種混合： I期 1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月 II期 年 月				
	はしか： 年 月		水ぼうそう： 年 月		
	風疹： 年 月		おたふく： 年 月		
	はしか風疹混合ワクチン： I期 年 月 ・ II期 年 月				
	日本脳炎： 1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月				
	その他：				
<b>登録後かかった感染症</b>					
はしか： 歳 ・ 水ぼうそう： 歳 百日咳： 歳 ・ おたふくかぜ： 歳 その他 ( ) B型肝炎：(キャリアである・ない)					
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 (卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ その他 ) 誤って食べたときどんな症状がでますか。( )					
最近入院したことがありますか (病名 歳 月) (病名 歳 月)					
最近熱性痙攣をおこしたことがありますか (無し ・ あり 歳 月) 抗痙攣剤を使用していますか (いいえ ・ はい 熱が 度以上になったら使用する)					
その他の病気					