様式第１号（第４条関係）

鳥取市児童健康支援センター利用登録票

記入日　令和　　年　　月　　日

登録番号		（○印をつけるか記入をしてください。わからないところは、無記入でも結構です。）	
ふりがな 児童氏名		（平成・令和） 年　月　日生 （　歳　ヵ月）	男　・　女
保護者名	（父）	（母）	お子さんの愛称
連絡先	（自宅住所）〒　　電話（　－　－　）		
	第１連絡先（続柄　　）　電話（　－　－　）		
	第２連絡先（続柄　　）　電話（　－　－　）		
	第３連絡先（続柄　　）　電話（　－　－　）		

【家族構成】　父　母　兄（　歳）姉（　歳）妹（　歳）弟（　歳）祖父　祖母
【昼間はどなたがみておられますか】　父　母　祖父母　保育園（　）幼稚園（　）小学校（　）

●妊娠中・出生時の状況　生まれたときの　体重（　g）身長（　cm）

妊娠中、異常がありましたか　（いいえ、はい）（不正出血・妊娠中毒症・　）
お産は予定通りでしたか　（はい・いいえ）（　日早い・遅い、　在胎　週）
生まれてすぐ泣きましたか　（はい・いいえ）（　）
黄疸は強かったですか　（いいえ・はい）（光線療法：受けた・受けない）
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか　（いいえ・はい）

●発育の様子　首のすわり（　カ月頃）　寝返り（　カ月頃）　おすわり（　カ月頃）
つかまり立ち（　カ月頃）　一人歩き（　カ月頃）　人見知り（　カ月頃）
発語（意味のある言葉）（　歳　カ月頃）　お子さんの発育は順調でしたか（はい・いいえ）
栄養法（母乳・ミルク・混合）　離乳食開始時期（　カ月）　現在は（　）食

●既往歴　麻疹　風疹　おたふくかぜ　水ぼうそう　百日咳　突発性発疹
肺炎　喘息　中耳炎　髄膜炎　川崎病　アレルギー性皮膚炎　ひきつけ（その他　）

●入院歴　なし　・　あり（病名　入院期間　）

●予防接種　（予防接種**済**のものに○をしてください）

B型肝炎	（１回目　２回目　３回目）	結核（BCG）	（１回目）
ヒブワクチン	（１回目　２回目　３回目　４回目）	麻しん風疹(MR)	（１回目　２回目）
小児用肺炎球菌	（１回目　２回目　３回目　４回目）	日本脳炎	（１回目　２回目　３回目）
ロタウイルスワクチン	（１回目　２回目　３回目）	水痘	（１回目　２回目）
四種混合・五種混合 不活性化ポリオ	（１回目　２回目　３回目　４回目）	おたふくかぜ	（１回目　２回目）

●アレルギーについて

薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。　いいえ・はい（　）
食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。　いいえ・はい（　）
「はい」の方で食事制限を受けている物がありますか。（　）

●その他

常時服薬中の薬がありますか。（なし・あり　：　喘息・抗けいれん剤・その他　）
薬の飲み方は（　）　お子さんの平熱は（　）度位
排泄の自立は　オムツ・トレーニング中（言える・言えない）・自分でできる
寝る時は　一人で・添い寝・おんぶ・だっこ・他（　）
好きな食べ物（　）　嫌いな食べ物（　）
好きな遊びは（　）　その他お子さんの癖は（　）

何か気になること、心配なことがあればお書きください