

病児・病後児保育事業利用登録申請書

※登録番号

年 月 日記入

ふりがな 児童氏名		性別	生年月日 西暦 年 月 日 (歳 月)	
保 護 者	①続柄 氏名 (歳)		お子さんの愛称	
	②続柄 氏名 (歳)			
	自宅住所 (〒)			
	電話番号 (自宅・携帯) — —			
兄 弟	歳 性別 ()		歳 性別 ()	
保護者の勤務先	①		②	
緊 急 連 絡 先	①連絡先_____ (電話番号)			
	②連絡先_____ (電話番号)			
	③連絡先_____ (電話番号)			
通 所 施 設 名	電話			
かかりつけ医名	電話			
周 産 期	妊娠中の異常 (なし・あり) 出生時体重 g 出産 (予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週) 出産時の異常 (なし・あり)			
乳 児 期 の 発 達	首のすわり： 箇月 おすわり： 箇月 一人歩き： 箇月 栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食開始時期 (前期： 箇月 中期： 箇月 後期： 箇月 幼児食： 箇月) 人見知り： 箇月 母親の後追い： 歳 箇月 初語 (意味のある言葉)： 歳 箇月			
予 防 接 種	ツ反応： 年 月 (判定)・ 年 月 (判定)			
	BCG： 年 月		ポリオ：1回 年 月・2回 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	
	おたふくかぜ： 年 月			
その他：				

感 染 症 歴	は し か： 歳 箇月 水ぼうそう： 歳 箇月
	百 日 咳： 歳 箇月 おたふくかぜ： 歳 箇月
	B 型 肺 炎： 歳 箇月（キャリアでない・ある）
	その他（具体的に）：
こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん：初回 歳 箇月・最後は 歳 箇月（これまでに__回）
	ぜ ん 息 毎日薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ
	ぜん息様気管支炎 毎日吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎 ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）
	そ の 他 の 病 気 （ 具 体 的 に ）
	入 院 し た こ と ない・ある (病名 歳 か月) (病名 歳 か月) (病名 歳 か月) (病名 歳 か月)
常 時 内 服 し て い る 薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服している薬があれば具体的にお書きください（内服時間も）。
食 事	食時制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。
そ の 他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについては、具体的にお書きください。