

病児・病後児保育事業利用登録申込書

番 号

フリガナ 対象児氏名	男 女	生年月日	年	月	日生 ヶ月
住 所 (〒 —)					
電 話					
通園(学校)名 () 愛称()					
家 族					
緊 急 連 絡 先 生					
育 暦					
食 事					
予 防 接 種					
感 染 症					
こ れ ま で の 病 気					
そ の 他					

病児保育事業利用登録申込書

年度		年 月 日記入	
ふりがな 氏名	男 女	生年月日 20 年 月 日生 才 ケ月	
住所 (〒) 電話 ()			
通園 (学) 名 () お子様の愛称 ()			
家族	父 氏名 (ふりがな) (才) 職業 母 氏名 (ふりがな) (才) 職業 きょうだい 才 (男・女) 才 (男・女) 才 (男・女)		
緊急連絡先	父 1 勤務先名 電話 2 携帯電話など 母 1 勤務先名 電話 2 携帯電話など 他 電話 続柄・氏名 ()		
出産歴	妊娠中の異常 (なし・あり) 出産時の異常 (なし・あり) 出生時体重 g 首のすわり: ケ月 おすわり: ケ月 一人歩き: ケ月 栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 離乳食開始時期: ケ月 現在の体重: kg		
食事	() ミルクのみ 1 回量 () cc × () 時間毎 () 離乳食 () 回 (ドロドロ・キザミ) 食材 (豆腐・白身魚・鶏肉・牛豚肉・卵) () 幼児食 除去食: なし・あり (卵・牛乳・大豆・その他)		

予防接種	4 種混合 (1 2 3 4) BCG (済 ・ 未) 3 種混合 (1 2 3 4) 生ポリオ (1 2) ヒブ (1 2 3 4) MR ワクチン (1 2) 水ぼうそう (1 2) その他予防接種で受けたもの ()	
感染症	突発性発疹: 才 水ぼうそう: 才 はしか: 才 おたふくかぜ: 才 風疹: 才 百日咳: 才 手足口病: 才 肝炎: 才 (キャリアーである・ない) その他 (具体的に) A 型 ・ B 型 ・ C 型	
これまでの病気	発熱痙攣: 初回 才 (°C) 最後は 才 (°C) これまでに () 回 喘息様気管支炎: ない・ある (内服薬・吸入) アトピー性皮膚炎: ない・ある (内服薬・除去食) その他の病気 (具体的に) 入院したこと: ある・ない 病名 (才) 病院名 期間 病名 (才) 病院名 期間	
その他	平熱 °C かかりつけ医 TEL 医師の指導により毎日服用している薬はありますか? (ある ・ ない) (薬名 いつから) 体質や癖など心配なこと、配慮してほしいことについて (具体的にお書きください)	