様式第１号（第７条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 登 録 番 号 |  |

病児・病後児保育事業利用登録申請書

　　　　　　　年　　月　　日

　　次のとおり、病児保育事業を利用したいので登録を申請します。

　　なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | | | | 性別 | | 男・女 | 生年月日 H･R　　　年　 　月　 　日生  　　　　　　（　　　　歳　　 ケ月） | | |
| 児童氏名 | | | | | | |
| 保護者 | ふりがな | |  | | | | 携帯番号 | | | | | お子さんの愛称 |
| 氏　　名 | |  | | | |
| ふりがな | |  | | | | 携帯番号 | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | |
| 自宅住所（〒　　　-　　　　）  TEL － － | | | | | | | | | | | |
| 保護者の  勤務先名 | | | 父: 　　　　　　　　TEL 　 － －  　　勤務時間（　　：　　～　　：　　） | | | | | | | | |
| 母: 　　　　　　　　TEL 　 － －  　　勤務時間（　　：　　～　　：　　） | | | | | | | | |
| 世帯の状況  (家族構成) | | | | ふりがな  氏　　名 | | 続柄 | | 生年月日 | | | 備考 | |
|  | |  | | S･H･R　 　． 　. | | |  | |
|  | |  | | S･H･R　 　． 　. | | |  | |
|  | |  | | S･H･R　 　． 　. | | |  | |
|  | |  | | S･H･R　 　． 　. | | |  | |
|  | |  | | S･H･R　 　． 　. | | |  | |
|  | |  | | S･H･R　 　． 　. | | |  | |
| 在園保育所等名 | | | | 施設名：  住　所： TEL　 － － | | | | | | | | |
| 通院医療機関名 | | | | TEL － －  担当医師名( ) | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | | | | 国　保　・　社　保　・　共　済　・　その他（　　　　　　　）  記　号（　　　　　　　　　）　番　号（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 乳幼児福祉医療受給者番号 | | | | |  | | | | | | | |
| （○をつけてください。記入事項があればご記入をお願いします。） | | | | | | | | | | | | |
| 予 防 接 種 歴 | | ○ヒ　　 ブ ：（ なし　１・２・３・追加 ） ○ＢＣＧ(結核)　　　：（ なし　済 ）  ○小児用肺炎球菌 ：（ なし　１・２・３・追加 ） ○MR（麻疹風疹混合) ：（ なし　１・２ ）  ○四 種 混 合 ：（ なし　１・２・３・追加 ） ○水 痘 ：（ なし　１・２ ）  ○日 本 脳 炎 :（ なし　１・２・追加 ） ○Ｂ 型 肝 炎 ：（ なし　１・２・３ ）  ○ロタウイルス：（ なし　１・２・３ ） ○おたふくかぜ ：（ なし　１・２ ）  ○インフルエンザ：（ なし　１・２ ） | | | | | | | | | | |
| アレルギー歴 | | １　気管支喘息　　　　　　　　５　食物アレルギー　　　　６　その他アレルギー  ２　アトピー性皮膚炎　　　　　　　　ミルク・卵　　　　　　　（　　　　　　　　　　）  ３　アレルギー性鼻炎　　　　　　　　その他  ４　じんましん（原因　　　　　　）　（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 既 往 歴 | | １　突発性発疹症　　　　　　　５　麻疹（ましん）　　　　８　水疱（みずぼうそう）  ２　風疹(三日はしか)　　　　　６　おたふくかぜ　　　　　９　百日咳  ３　手足口病　　　　　　　　　７　伝染性紅斑（りんご病）10　川崎病  ４　熱性けいれん（最終：　　年　　月　　日）　　　　　　平熱（　　　　　　℃） | | | | | | | | | | |
| 発 育 歴 | | １　出生体重　：（　　　　　　　g）  ２　出産時の異常：　なし　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　首のすわり：　　　ケ月　　５　おすわり　：　　ケ月　　７　つかまり立ち：　　　ケ月  ４　寝返り　　：　　　ケ月　　６　はいはい　：　　ケ月　　８　ひとり歩き　：　　　ケ月 | | | | | | | | | | |
| 食　　事 | | １　授乳状況　：　母乳（　　　）回/日　・　ミルク（　　　）回/日,（　　　）CC/回  ２　飲ませ方　：　哺乳瓶　・　ストロー　・　コップ　・　その他（　　　　　）  ３　食 べ 方　:　よく食べる　・　普　通　・　あまり食べない  ４　食 べ 方 ：　手づかみ　・　スプーン　・　は　し　・　たべさせる | | | | | | | | | | |
| 排　泄 | | １　排　　尿　：　（　　）回/日　３　おむつかぶれ　：　かぶれない  ２　排　　便　：　（　　）回/日　　　　　　　　　　　　かぶれやすい（手当法：　　　　）  ３　排泄方法　：　オムツ使用　・　トイレ使用　・　睡眠時のみオムツ　・　トレーニング中 | | | | | | | | | | |
| 睡 　眠 | | １　寝かせ方　：　おんぶ・抱っこ・添い寝・一人寝・軽くトントン・その他（　　　　　）  ２　寝る時のくせ：うつ伏せ ・ 仰向け ・ 横向き ・ おしゃぶり ・ タオル ・ ぬいぐるみ ・  　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 性 格 | |  | | | | | | | | | | |
| 好きな遊び | |  | | | | | | | | | | |
| その他 | | (要望･留意点等) | | | | | | | | | | |