

第1号様式（第7条関係）

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	年 月 日	歳 月
保 護 者	氏名 ( 歳)		お子さんの愛称		
	氏名 ( 歳)				
	自宅住所 (〒 )				
自宅電話					
兄 弟	歳 性別 ( )	歳 性別 ( )	歳 性別 ( )		
保護者の職業					
緊 急 連 絡 先	(電話 勤務先名 )				
	(電話 勤務先名 )				
	(電話 勤務先名 )				
	(電話 勤務先名 )				
通所施設名		電話			
家庭医名		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。