

(表)

病児保育事業利用登録申込書										
下妻市長 様							年 月 日			
(保護者) 住所										
氏名							印			
病児保育事業の利用登録を受けたいので、下妻市病児保育事業実施要綱第 10 条の規定により、次のとおり申し込みます。										
フリガナ				男・女	認定者番号					
利用児氏名					利用児生年月日	年 月 日 (歳 か月)				
住所				在籍園・学校名						
保護者の 状況と連 絡先	フリガナ 保護者①氏名			続柄	フリガナ 保護者②氏名			続柄		
	勤務先	名称			勤務先	名称				
		所在地				所在地				
		電話番号				電話番号				
携帯電話番号				携帯電話番号						
保護者以外の 緊急連絡先等	フリガナ				児童との関係					
	氏名				緊急連絡先(電話番号)					
緊急連絡先の優先順位 ※()に順位を記入	保護者①勤務先 ()	保護者①携帯 ()	保護者②勤務先 ()	保護者②携帯 ()	保護者以外の緊急連絡先 ()					
かかりつけ 医療機関	名称				電話番号					
	所在地									
出生・出産時 の状況	分娩経過		自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ()							
	出生体重		g		妊娠周期		週			
予防接種	ヒブワクチン		未・済 (回)		ロタウイルスワクチン		未・済			
	肺炎球菌		未・済 (回)				ロタリックス (回)			
	四種混合		未・済 (回)				ロタテック (回)			
	ポリオ (生ワクチン)		未・済 (回)		MR (はしか・風疹)		未・済 (回)			
	日本脳炎		未・済 (回)		水痘		未・済 (回)			
	B型肝炎		未・済 (回)		おたふくかぜ		未・済 (回)			
	BCG		未・済		その他 ()		未・済			
感染症歴	突発性発疹		未・済		水痘		未・済			
	はしか		未・済		おたふくかぜ		未・済			
	風疹 (三日はしか)		未・済		ロタウイルス腸炎		未・済			
	百日咳		未・済		溶連菌感染症		未・済			
	()		未・済		()		未・済			

(裏)

熱性けいれんの状況	有 ・ 無		今までの発作回数	回
	初回の発作は、 歳 か月の時		最後の発作は、 歳 か月の時	
気管支喘息喘息様気管支炎	有 ・ 無	毎日使用している薬		
		発作の時の薬		
アトピー性皮膚炎の状況	有 ・ 無	使用している薬	塗り薬・飲み薬・無	
		食事療法	実施している ・ 実施していない (詳しくは下記のアレルギー欄に記入してください。)	
既往歴		病名	年齢	入院の有無
	1		歳	有 ・ 無
	2		歳	有 ・ 無
	3		歳	有 ・ 無
	4		歳	有 ・ 無
常備薬	内服			
	外用			
	座薬			
	吸入			
	その他			
生活習慣	排便回数	回/日	便意	知らせる・時々知らせる・知らせない
	排便サイン			
	排尿回数	回/日	尿意	知らせる・時々知らせる・知らせない
	排尿サイン			
	衣服着脱	着替えさせる・手伝うと自分でできる・すべて自分でできる		
	昼寝	時間	寝かせ方	1人寝・添い寝
	睡眠のくせ	有 () ・ 無		
	人見知り	有 () ・ 無		
	好きな遊び	有 () ・ 無		
	好きな玩具	有 () ・ 無		
	発達上気になるところ	有 () ・ 無		
	その他配慮事項	有 () ・ 無		
現在の食事内容	食事量	よく食べる ・ ふつう ・ 食が細い		
	食事方法	1人で食べられる・1人で食べようとする・食べさせる		
	食事道具	はし ・ スプーンフォーク ・ 手		
アレルギーの状況	食物	有 (食品名) ・ 無		
	薬	食事制限の程度や内容 ()		
	環境	有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他:) ・ 無		

※市記入欄

登録番号	
登録日	年 月 日