

(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			
<p>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。</p>										
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