

病児・病後児保育利用者登録申請書

（あて先）
吉川市長

年 月 日

申請者（保護者）氏名 _____

病児・病後児保育の利用登録を受けたいので、吉川市病児・病後児保育事業実施要綱第8条第1項規定により、次のとおり申請します。

なお、この登録書の写しを実施施設へ送ること及び実施施設から利用状況（利用年月日・病名）の報告を受けることに私は同意します。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日生 (_____ 歳 _____ か月)
保 護 者	父：氏名 (_____ 歳)	お子さんの愛称	
	母：氏名 (_____ 歳)		
	自宅住所（〒 _____ ） 吉川市		自宅電話 _____ - _____
緊 急 連 絡 先	児童と の続柄 _____	1 氏名： _____	勤務先名： _____
		2 携帯電話 _____	
	児童と の続柄 _____	1 氏名： _____	勤務先名： _____
		2 携帯電話 _____	
通所（学）施設名	（ _____ ） 保育所（園） ・ 幼稚園 ・ 小学校 在宅 _____ 電話 _____ - _____		
かかりつけ医名	電話 _____ - _____		
周 産 期	妊娠中の異常 なし ・ あり（具体的に： _____ ）		
	出生時体重 _____ g		
	出産は（ 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（具体的に： _____ ）		

乳児期の発達	首のすわり：_____か月 おすわり：_____か月 一人歩き：_____か月 栄養法（母乳・人工・混合） 離乳食完了時期 未（前期・中期・後期） 済（_____か月） 人見知り：_____か月 母親の後追い：_____歳_____か月 初語（意味のあることば）：_____歳_____か月		
予防接種等の記録	BCG：未・済[接種日 年 月 日]		
	ポリオ(経口ワクチン)：未・1回/2回[最終接種日 年 月 日]		
	三種混合Ⅰ期：未・1回/2回/3回[最終接種日 年 月 日] 追加[接種日 年 月 日]		
	四種混合Ⅰ期：未・1回/2回/3回[最終接種日 年 月 日] 追加[接種日 年 月 日]		
	麻しん風しん混合：未・Ⅰ期[接種日 年 月 日・Ⅱ期[接種日 年 月 日・かかった		
	水ぼうそう：未・1回/2回[最終接種日 年 月 日]・かかった		
	ヒブ(インフルエンザ菌b型)：未・1回/2回/3回/追加[最終接種日 年 月 日]		
	おたふくかぜ：未・済[接種日 年 月 日]・かかった		
	日本脳炎：未・1回/2回[最終接種日 年 月 日]・追加[接種日 年 月 日]		
	肺炎球菌：未・1回/2回/3回/追加[最終接種日 年 月 日]		
これまでの病気	B型肝炎：キャリアで ある ・ ない		
	その他(具体的に)：		
	けいれん：初回_____歳_____か月 最後は_____歳_____か月（これまでに_____回）		
	喘息 喘息様気管支炎	ない ・ ある 毎日 薬を 飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ 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 カ月)	(病名 歳 カ月)
内服薬等	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書き下さい。 (内服時間も)		
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書き下さい。		
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具体的にお書きください。		