

病児・病後児保育利用者登録申請書

(あて先)

吉川市長

平成28年 7月 1日

申請者（保護者）氏名 吉川 一郎

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	よしかわ はなこ 吉川 花子	男 女	生年月日	平成25年 3月 3日生 (3 歳 3 か月)
保護者	父：氏名 吉川 一郎 (33 歳)	お子さんの愛称 はなちゃん		
	母：氏名 吉川 花子 (33 歳)			
	自宅住所 (〒342-0055) 吉川市吉川2-1-1 自宅電話 048-982-5111			
緊急連絡先	児童との続柄	1 氏名：吉川 一郎 電話：000-000-0000 勤務先名：000株式会社	病状が急に悪化した際など、 緊急に連絡をする場合があります。 必ず連絡を取れる方を 2名ご記入ください。	
	父	2 携帯電話 090-000-0000		
	児童との続柄	1 氏名：吉川 花子 電話：△△△-△△△-△△△△ 勤務先名：株式会社△△△		
	母	2 携帯電話 080-△△△-△△△△		
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	□□□小児科 電話 □□□-□□□-□□□□			
周産期	妊娠中の異常 なし ・ あり (具体的に：) 出生時体重 2,950 g 出産は (予定通り ・ 3 日 早かった ・ 遅かった) (在胎 39 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： <u>4</u> か月 おすわり： <u>8</u> か月 一人歩き： <u>1歳3</u> か月		
	栄養法 （ 母乳 ・ 人工 <u>混合</u> ）		
の	離乳食完了時期 未（ 前期 ・ 中期 ・ 後期 ） <u>済</u> （ <u>1歳2</u> か月 ）		
	人見知り： <u>7</u> か月 母親の後追い： _____ 歳 <u>10</u> か月		
達	初語（意味のあることば）： <u>1</u> 歳 <u>7</u> か月		
	BCG： 未 ・ <u>済</u> 接種日 H25 年 7 月 15 日]		
予防接種等の記録	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 <u>3回</u> [最終接種日 H25 年 8 月 10 日] <u>追加</u> [接種日 H26 年 9 月 10 日]		
	麻しん風しん混合： 未 ・ <u>Ⅰ期</u> 接種日 H26 年 4 月 1 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] <u>かかった</u>		
	ヒブ（インフルエンザ菌 b 型）： 未 ・ 1回/2回/3回 <u>追加</u> [最終接種日 H26 年 5 月 1 日]		
	おたふくかぜ： 未 ・ <u>済</u> 接種日 H26 年 3 月 3 日] ・ かかった		
	日本脳炎： 未 ・ 1回/ <u>2回</u> [最終接種日 H28 年 5 月 1 日] ・ 追加[接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日]		
	肺炎球菌： 未 ・ 1回/2回/3回 <u>追加</u> [最終接種日 H26 年 3 月 31 日]		
	B型肝炎： キャリアで ある ・ <u>ない</u>		
その他(具体的に)：			
これまでの病気	けいれん： 初回 <u>1</u> 歳 <u>8</u> か月 最後は _____ 歳 _____ か月（これまでに <u>1</u> 回）		
	喘息 喘息様気管支炎	ない ・ <u>ある</u> 毎日 薬を 飲んでいる ・ いない ・ <u>発作時だけ</u> 毎日 吸入療法を している ・ いない <u>発作時だけ</u>	
	アトピー性皮膚炎	ない ・ <u>ある</u> （ 治療は <u>内服薬</u> ・ 食事療法 ）	
	その他の病気 (具体的に)	特になし	
	入院したこと	ない ・ <u>ある</u> (病名 喘息 1歳 7 か月) (病名 歳 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) 〇〇〇〇 (アトピー性皮膚炎) 朝・夕 各1錠 食後30分以内に服用		
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。 特になし		
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。 アトピー性皮膚炎なので、特に寝ている間など手足をかくことがある。やや落ち着きがないところがある。		

安全にお預かりするために必要な項目ですので、日頃気になることや心配なことがあれば必ずご記入ください。