

第1号様式（第7条関係）

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 (〒) | | |
| 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。 | |