

綾瀬市病児保育事業利用登録申込書

(宛先) 綾瀬市長
(病児保育事業実施施設長)

次のとおり病児保育事業の利用登録を申し込みます。

申請者 (保護者)	フリガナ		住所			
	氏名					
	続柄		電話			
	勤務先名		勤務先 住所			
	電話					
児童	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢	歳
	通園施設	施設名	電話			
生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、受給者証を提示してください。)				
主治医 (かかりつけ医)	医療機関名		担当医師		電話番号	

既往歴 (今までかかった病気の番号に○印を付けてください。)

1. 突発性発疹	初回	歳
2. 麻疹 (はしか)	11. 熱性けいれん	最後は 歳
3. 水痘 (水ぼうそう)	これまでに	回
4. 風疹 (三日ばしか)	12. 食物アレルギー (内容・配慮事項)	
5. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		
6. 百日咳		
7. 喘息・喘息様気管支炎		
(毎日薬を飲んで いる・いない・発作時)		
(毎日吸入をして いる・いない・発作時)		
8. アトピー性皮膚炎	13. その他 (病気・入院歴・常備薬等)	
9. 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)		
10. B型肝炎		

病児保育施設使用欄

更新日	/	/	/
サイン			

予防接種の状況 (これまで受けたものとその回数等に○印を付けてください。)

・四種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ)	1回・2回・3回・4回
・三種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風) 第1期初回 (1回・2回・3回) 第1期追加	
・ポリオ	生ポリオ (1回・2回)、不活化ポリオ (1回・2回・3回・4回)
・BCG	1回
・MR (麻疹・風疹)	1期・2期
・日本脳炎	第1期 (1回・2回・3回)、第2期
・ヒブ	1回・2回・3回・4回
・肺炎球菌	1回・2回・3回・4回
・おたふくかぜ	1回・2回
・水痘 (水ぼうそう)	1回・2回
・B型肝炎	1回・2回・3回
・ロタウイルス	1価 (1回・2回)、5価 (1回・2回・3回)
・その他	()

※予防接種欄は、母子手帳で確認してご記入ください。

保育資料 (日常生活の状況について記入してください。)

健康状態	健康・身体での留意点 (体質・障がい等)					
食事	□母乳		□ミルク			
	□離乳食 (初:ごっくん期/中:もぐもぐ期/後:かみかみ期/完:パクパク期)					
	□幼児食・普通食					
	食べ方	□介助	□手づかみ	□スプーン	□おはし	
飲み方	□哺乳瓶	□マグ	□コップ			
好き嫌い その他						
睡眠	昼寝	□しない	□する (時	～	時)
	くせ					
排泄	□おむつ		□トレーニング中	□自立		
	日常の便の様子: □固 □普 □軟 (回数 回/日)					
好きな遊び 人見知り						
一日の流れ	6時	9時	12時	15時	18時	21時