

病児保育事業登録申請書

指宿市長                      様  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年    月    日</div> <p style="margin-top: 20px;">次のとおり指宿市病児保育事業への登録を申請します。                  なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報をご職及び実施施設が利用することについて、承諾します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者 <u>住 所</u>  <u>氏 名</u> <span style="float: right;">印</span>  <u>電 話</u></p>							
フリガナ 児童氏名		男 ・ 女	血 液 型	型 (RH+・-)	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳    か月)	
保護者等	父	氏名	携帯電話等				
		勤務先等	電話				
	母	氏名	携帯電話等				
		勤務先等	電話				
	( )	氏名	携帯電話等				
		勤務先等	電話				
入所保育所・学校等		電話					
かかりつけ医療機関名		電話					
妊 娠 中 の 状 態	異常なし・あり(妊娠中毒症・強いつわり・その他)						
分 娩 時 の 状 態	異常なし・あり(帝王切開・吸引・骨盤位・その他)						
出 生 時 の 状 態	異常なし・あり(仮死・けいれん・黄疸・その他)						
出 生 時 の 記 録	身長	cm	体 重	g	未熟児(在胎週数    週)		
栄 養 法	哺乳方法：母乳・人口・混合			離乳開始    か月			
発 達 の 様 子	首のすわり	か月	はいはい	か月			
	寝返り	か月	つかまり立ち	歳	か月		
	ひとり座り	か月	ひとり歩き	歳	か月		
	初語(意味のあることば)			歳	か月		
予防接種を受けた日	H i b	第1期1回	2回	3回			
	肺 炎 球 菌	第1期1回	2回	3回			
	B 型 肝 炎	1回	2回	3回			
	四 種 混 合	第1期1回	2回	3回			

	ポ リ オ	1回			2回		
	不活化ポリオ	第1期1回 第1期追加			2回 3回		
	三種混合	第1期1回 第1期追加			2回 3回		
	B C G						
	MR(麻しん・風しん)	第1期			第2期		
	水ぼうそう	初回			追加		
	日本脳炎	第1期1回 第1期追加			2回 第2期		
	二種混合						
既往歴	麻しん (はしか)	歳 か月		おたふくかぜ		歳 か月	
	風しん	歳 か月		手足口病		歳 か月	
	水ぼうそう	歳 か月		伝染性紅斑		歳 か月	
	けいれん (ひきつけ)	なし・あり 原因(詳しく):					
	その他(大きな病気やけが)	傷病名:( ) 経過:					
起こしやすい病気等	風邪・下痢・じんましん・鼻出血・脱臼・アトピー性皮膚炎・ぜんそく・鼻炎 その他( )						
食物アレルギー	なし・あり (牛乳・小麦・大豆・肉・魚介類・その他 )						
その他のアレルギー	なし・あり (具体的に )						
使っている食事用具	スプーン・フォーク・はし・哺乳びん・マグマグ・コップ その他( )						
偏食の有無	なし・あり (具体的に )						
睡眠	起床: 時 昼寝: 時~ 時 就寝: 時						
排泄の自立	排尿	トイレ・おまる・おむつ					
	排便	トイレ・おまる・おむつ					
食事制限	(食事制限の指示を医師から受けている場合、具体的に記入してください。)						
服薬	(ぜんそく、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、内服時間も含め具体的に記入してください。)						
その他	(体質や性格、くせなど心配なこと、配慮してほしいことがあれば具体的に記入してください。)						