別記

様式第1号(第8条関係)

登録番号：No.

病後児保育事業利用登録申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （宛先）えびの市長  年　　月　　日  　次のとおりえびの市病後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貴職及び実施施設が利用することについて、承諾します。  住所  氏名　　　　　　　　　　印  電話 | | | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ)  児童氏名 | | | 生年月日・年齢 | | | | | | | 性別 | | | 血液型 | |
|  | | | 年　　月　　日生  (　　歳　　か月) | | | | | | | 男・女 | | | 型  (RH＋・－) | |
| 入所施設・学校等 | | | かかりつけの医療機関名 | | | | | | | | | | | |
|  | | | 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 | ポリオ | | | | 1回　　　　　　　　　2回 | | | | | | | | | |
| 三種混合 | | | | 第1期1回　　　　　2回　　　　　3回  第1期追加 | | | | | | | | | |
| 日本脳炎 | | | | 第1期1回　　　　　2回  第1期追加　　　　第2期 | | | | | | | | | |
| BCG | | | |  | | | | 水ぼうそう | |  | | | |
| MR(麻しん・風しん) | | | | | 第1期　　　　　　　第2期 | | | | | | | | |
| 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。) | | | | | | | | | | | | | |