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。) |