

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ご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 電話	印
(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 第1期追加	2回	3回	
	日 本 脳 炎	第1期1回 第1期追加	2回	第2期	
	B C G		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。)			