

病児保育事業利用登録申請書(兼児童台帳)

() 町長 殿

令和 年 月 日

登録番号	No.		
保護者住所			
保護者氏名			
自宅電話番号	-	-	携帯電話番号
			-

病児保育事業の利用登録を申し込みます。

ふりがな		男・女	平成・令和 年 月 日生
児童氏名			(満 歳)
児童の状況	① () 保育所(園) ②その他()		

※ 確実に連絡がとれる保護者の方を記入してください。

家族の状況 及び 緊急連絡先	(ふりがな) 氏 名	児童との 続 柄	緊急連絡先(勤務先等)及び電話番号	連絡 優先順
	()	父	勤務先名称: 勤務先所在地:[]市・町 電 話 番 号: 携帯等:	
()	母	勤務先名称: 勤務先所在地:[]市・町 電 話 番 号: 携帯等:		
()		勤務先名称: 電 話 番 号: 携帯等:		
()		勤務先名称: 電 話 番 号: 携帯等:		

かかりつけの 医療機関	病院・医院	病院・医院
	科	科
TEL :		TEL :

既往症等 ※○をつけてください	1. 熱性けいれん(回数: 回)⇒ 最後は…H・R 年 月 日 座薬指示(有・無) 2. てんかん 3. インフルエンザ(H・R 年 月) 4. その他()
アレルギー	なし・あり(食物・薬・じんましん・その他) ※ありの場合は内容を具体的に ()

① 病児保育ルーム コスモスに提出してください。

② 年度が変わったら再提出が必要です。

予 防 接 種	摂取した日を記入してください		
	四種混合 (三種混合)	I 期1回	平成 年 月 日
		2 回	平成 年 月 日
		3 回	平成 年 月 日
		I 期追加	平成 年 月 日
	BCG	平成 年 月 日	
	MR (麻しん・風しん)	1 期	平成 年 月 日
		2 期	平成 年 月 日
	水ぼうそう	1回目	平成 年 月 日
		2回目	平成 年 月 日
おたふくかぜ	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
これまでにかかった主な感染症・既往症等 ※かかった病気に○をつけてください			
1. 突発性発疹 2. はしか(平成 年 月) 3. 風しん(平成 年 月) 4. 水ぼうそう(平成 年 月) 5. おたふくかぜ(平成 年 月) 6. 熱性けいれん(回数: 回) ⇒ 最後は…平成 年 月 日 座薬指示(有・無) 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9. てんかん 10. インフルエンザ(平成 年 月) 11. その他()			
常時服用している薬	なし・あり(具体的に:)		
アレルギー	なし・あり(食物・薬・じんましん・その他) ※ありの場合は内容を具体的に ()		
周産期	妊娠中の異常 なし・あり 在胎週数 _____ 週 (分娩: 正常・異常) 出生時体重 _____ g 分娩備考 _____		
乳児期の発達	首はすわっていますか? はい(ヶ月のころ)・いいえ おすわりはできますか? はい(ヶ月のころ)・いいえ 一人歩きはできますか? はい(ヶ月のころ)・いいえ 栄養法 母乳・ミルク・混合		

※年度が替わったら再提出が必要です。