

別記

※登録番号

—

第1号様式（第9条関係）

富里市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

富里市長 様

申請者 住所  
(保護者) 氏名 (印)  
電話 (自宅) ( )

富里市病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
児童氏名					( 歳 月)	
愛称						
体重	g・kg		身長	cm		
通学(園)施設名	保育所・保育園・幼稚園・小学校 電話 ( )					
かかりつけ医の 医院名	電話 ( )					
保護者氏名	氏名	続柄	勤務先名	連絡先	緊急連絡先	
健康 保険	記号			番号		
	保険者番号			健康保険名称		
食事	乳児	ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工		1回量( )CC 回数( )/日	
		離乳食	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期		回数( )/日	
昼食	幼 児	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> はしを使う <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う			
時頃		食事時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則			
		食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある			
		好きな物		嫌いな物		

排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝る時だけ <input type="checkbox"/> トレーニング中					
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 一人です	回数( )/日				
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 一人です	回数( )/日				
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない					
昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する						
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他 ( )						
好きな遊び							
性格・くせ 怖がるもの など							
生まれた頃の様子							
周産期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	出生時の体重	( ) g			
	胎児週数	( )週	出生時の身長	( ) cm			
	分娩異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
予防接種の状況							
<input type="checkbox"/> 四種混合	I期	1回	年 月	<input type="checkbox"/> 三種混合	I期	1回	年 月
		2回	年 月			2回	年 月
		3回	年 月			3回	年 月
		追加	年 月			追加	年 月
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	1回	年 月	<input type="checkbox"/> ヒブ ワクチン	1回	年 月		
	2回	年 月		2回	年 月		
	3回	年 月		3回	年 月		
	追加	年 月		追加	年 月		
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん ワクチン	I期	年 月	<input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう)	年 月			
	II期	年 月		年 月			
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回	年 月	<input type="checkbox"/> B型肝炎	年 月			
	I期 2回	年 月		年 月			
	追加	年 月		年 月			
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	1回	年 月	<input type="checkbox"/> 流行性 耳下腺炎 (おたふく)	年 月			
	2回	年 月		年 月			
	3回	年 月		年 月			
<input type="checkbox"/> ポリオ (生ワクチン・不 活化ワクチン)	1回	年 月	<input type="checkbox"/> BCG	年 月			
	2回	年 月		<input type="checkbox"/> インフルエンザ (当年度)	年 月		
	3回	年 月	<input type="checkbox"/> その他		年 月		
	追加	年 月					

病歴等がある場合，以下の項目にお答えください。			
生まれつきの病気はありますか。		<input type="checkbox"/> はい（病名 _____）	
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー		<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid blue; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー		種類等（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん（ _____ ）回		<input type="checkbox"/> 初回          歳      月 <input type="checkbox"/> 最後          歳      月	
<input type="checkbox"/> 突発性発疹		_____ 歳頃	
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）		_____ 歳頃	
<input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか）		_____ 歳頃	
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく）		_____ 歳頃	
<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）		_____ 歳頃	
<input type="checkbox"/> 百日咳		_____ 歳頃	
<input type="checkbox"/> B型肝炎（ <input type="checkbox"/> キャリアー）			
<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎			
<input type="checkbox"/> 喘息		治	薬 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎		療	吸入 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		治	<input type="checkbox"/> 内服薬
		療	<input type="checkbox"/> 食事療法
<input type="checkbox"/> 川崎病		心臓合併症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 気になる発達の状況		※具体的にご記入ください	
<input type="checkbox"/> 入院		病名（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> その他		病名（ _____ ）	

※該当欄□にレ印を付けてください。

※個人情報 は，保育に必要な場合のみ使用し，他の目的では使用しません。