

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<br>電話 ( ) |      |  |        |                  |  |
| かかりつけ医の<br>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<br>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<br>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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |   |     |    |     |
| 好きな遊び   |   |  |  |   |     |    |     |
| 性格・くせ<br>怖がるもの<br>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<br>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<br>ワクチン             | I 期   | 年 月  | <input type="checkbox"/> 水痘<br>(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<br>耳下腺炎<br>(おたふく) | 年 月                                       |     |    |     |
|   | 2回  | 年 月  |  | 年 月                                       |     |    |     |
|   | 3回  | 年 月  |  | 年 月                                       |     |    |     |
| <input type="checkbox"/> ポリオ<br>(生ワクチン・不<br>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<br>(当年度) | 年 月 |    |     |
|   | 3回  | 年 月  | <input type="checkbox"/> その他                   |   | 年 月 |    |     |
|   | 追加  | 年 月  |  |   |     |    |     |

