様式第１号（第１０条関係）

（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病児保育事業利用登録申込書** | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  桜川市長　　　　様  （保護者）住所  氏名　　　　　　　　　　印  　病児保育事業の利用登録を受けたいので、桜川市病児保育事業実施要綱第１０条の規定により、次のとおり申し込みます。 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 男・女 | | 認定者番号 | | |  | | | |
| 利用児氏名 |  | | | | 利用児生年月日 | | | 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | | | |
| 住所 |  | | | | | | 在籍園・学校名 | | |  | | | |
| 保護者の状況と連絡先 | フリガナ | | | | | 続柄 | フリガナ | | | | | | 続柄 |
| 保護者①氏名 | | | | | 保護者②氏名 | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | |
| 勤務先 | 名称 |  | | | | 勤務先 | | 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | | 所在地 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | | 電話番号 |  | | | |
| 携帯電話番号 | |  | | | | 携帯電話番号 | | |  | | | |
| 保護者以外の緊急連絡先等 | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 児童との関係 | | |  | | | |
| 氏名 |  | | | | 緊急連絡先(電話番号) | | |  | | | |
| 緊急連絡先の優先順位※( )に順位を記入 | | 保護者①勤務先  （　　） | | 保護者①携帯  （　　） | | 保護者②勤務先  （　　） | 保護者②携帯  （　　） | | | 保護者以外の緊急連絡先  （　　） | |  | |
| かかりつけ医療機関 | | 名称 |  | | | | 電話番号 | | |  | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
| 出生・出産時の状況 | | 分娩経過 | | | 自然分娩　・　帝王切開　・　その他（　　　　） | | | | | | | | |
| 出生体重 | | | ｇ | | | 妊娠周期 | | | 週 | | |
| 予防接種 | | ヒブワクチン | | | 未・済（　　回） | | | ロタウイルスワクチン | | | 未・済 | | |
| 肺炎球菌 | | | 未・済（　　回） | | | ﾛﾀﾘｯｸｽ（　回） | | |
| 四種混合 | | | 未・済（　　回） | | | ﾛﾀﾃｯｸ（　回） | | |
| ポリオ（生ワクチン） | | | 未・済（　　回） | | | ＭＲ（はしか・風疹） | | | 未・済（　回） | | |
| 日本脳炎 | | | 未・済（　　回） | | | 水痘 | | | 未・済（　回） | | |
| Ｂ型肝炎 | | | 未・済（　　回） | | | おたふくかぜ | | | 未・済（　回） | | |
| ＢＣＧ | | | 未・済 | | | その他（　　　） | | | 未・済 | | |
| 感染症歴 | | 突発性発疹 | | | 未・済 | | | 水痘 | | | 未・済 | | |
| はしか | | | 未・済 | | | おたふくかぜ | | | 未・済 | | |
| 風疹（三日はしか） | | | 未・済 | | | ロタウイルス腸炎 | | | 未・済 | | |
| 百日咳 | | | 未・済 | | | 溶連菌感染症 | | | 未・済 | | |
| （　　　　　　　） | | | 未・済 | | | （　　　　　　） | | | 未・済 | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 熱性けいれんの状況 | 有　　・　　無 | | | | | 今までの発作回数 | | | | 回 |
| 初回の発作は、　歳　か月の時 | | | | | 最後の発作は、　歳　か月の時 | | | | |
| 気管支喘息喘息様気管支炎 | 有　・　無 | | | 毎日使用している薬 | |  | | | | |
| 発作の時の薬 | |  | | | | |
| アトピー性皮膚炎の状況 | 有　・　無 | | | 使用している薬 | | 塗り薬・飲み薬・無 | | | | |
| 食事療法 | | 実施している　・　実施していない  （詳しくは下記のアレルギー欄に記入してください。） | | | | |
| 既往歴 |  | 病名 | | | | 年齢 | | | 入院の有無 | |
| １ |  | | | | 歳 | | | 有　・　無 | |
| ２ |  | | | | 歳 | | | 有　・　無 | |
| ３ |  | | | | 歳 | | | 有　・　無 | |
| ４ |  | | | | 歳 | | | 有　・　無 | |
| 常備薬 | 内服 | |  | | | | | | | |
| 外用 | |  | | | | | | | |
| 座薬 | |  | | | | | | | |
| 吸入 | |  | | | | | | | |
| その他 | |  | | | | | | | |
| 生活習慣 | 排便回数 | | | 回／日 | 便意 | | 知らせる・時々知らせる・知らせない | | | |
| 排便サイン | | |  | | | | | | |
| 排尿回数 | | | 回／日 | 尿意 | | 知らせる・時々知らせる・知らせない | | | |
| 排尿サイン | | |  | | | | | | |
| 衣服着脱 | | | 着替えさせる・手伝うと自分でできる・すべて自分でできる | | | | | | |
| 昼寝 | | | 時間 | | | | 寝かせ方 | １人寝・添い寝 | |
| 睡眠のくせ | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
| 人見知り | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
| 好きな遊び | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
| 好きな玩具 | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
| 発達上気になるところ | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
| その他配慮事項 | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
| 現在の食事内容 | 食事量 | | | よく食べる　・　ふつう　・　食が細い | | | | | | |
| 食事方法 | | | １人で食べられる・１人で食べようとする・食べさせる | | | | | | |
| 食事道具 | | | はし　・　スプーンフォーク　・　手 | | | | | | |
| アレルギーの状況 | 食物 | | | 有（食品名　　　　　　　　　　　　　　 ）　・　無 | | | | | | |
| 薬 | | | 食事制限の程度や内容（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 環境 | | | 有（ダニ・ハウスダスト・動物・その他：　 ）・　無 | | | | | | |

（注）　利用児が保育認定を受けている場合は、子どものための教育・保育給付に関する支給認定証の写しを添付してください。

※市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 登録日 | 年　　月　　日 |