

三郷市病児保育・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

三郷市長 あて

申請者(保護者)氏名 _____

病児保育・病後児保育の利用登録を受けたいので、三郷市病児保育・病後児保育の実施に関する規則第12条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この登録申請書の写しを市が実施施設へ提供することに私は同意します。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日生 (_____ 歳 _____ 月)	
保 護 者	父：氏名		お子さんの愛称	
	母：氏名			
	自宅住所(〒 _____) 三郷市			自宅電話 _____
緊 急 連 絡 先	児童と の続柄 _____	1 氏名 _____ 勤務先名 _____ 電話番号 _____		
		2 携帯電話 _____		
	児童と の続柄 _____	1 氏名 _____ 勤務先名 _____ 電話番号 _____		
		2 携帯電話 _____		
通所(学)施設名	(_____)保育所(園)・幼稚園・小学校・その他・ 在宅 _____ 電話 _____			
かかりつけ医名	電話 _____			
周 産 期	妊娠中の異常 なし ・ あり (具体的に： _____) 出生時体重 _____ g 出産は(予定通り ・ _____ 日 早かった ・ 遅かった) (在胎 _____ 週) 出産時の異常 なし ・ あり (具体的に： _____)			

乳 児 期 の 発 達	首のすわり：_____ヶ月 おすわり：_____ヶ月 一人歩き：_____ヶ月 栄養法（母乳・人工・混合） 離乳食完了時期 未(前期・中期・後期) 済(生後_____ヶ月) 人見知り：_____ヶ月 母親の後追い：_____歳_____ヶ月 初語(意味のあることば)：_____歳_____ヶ月	
予 防 接 種 等	・BCG	未・済(接種日 年 月 日)
	・四種混合又は 三種混合	未・1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ 3回(接種日 年 月 日)・追加(接種日 年 月 日)
	・ポリオ (不活化・経口・生)	未・1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ 3回(接種日 年 月 日)・追加(接種日 年 月 日)
	・MR(麻疹・風疹)	未・1期(接種日 年 月 日)・2期(接種日 年 月 日)
	・水痘	未・済 1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ かかった
	・日本脳炎	未・1期初回 1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ 1期追加(接種日 年 月 日)・2期(接種日 年 月 日)
	・小児用肺炎球菌	未・1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ 3回(接種日 年 月 日)・追加(接種日 年 月 日)
	・おたふくかぜ	未・1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ かかった
	・B型肝炎	(キャリアで ある・ない) 未・1回(接種日 年 月 日)・ 2回(接種日 年 月 日)・追加(接種日 年 月 日)・ 3回(接種日 年 月 日)・追加(接種日 年 月 日)
	・ロタウイルス	未・1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ 3回(接種日 年 月 日)・
	・ヒブ (インフルエンザ菌b型)	未・1回(接種日 年 月 日)・2回(接種日 年 月 日)・ 3回(接種日 年 月 日)・追加(接種日 年 月 日)
・その他(具体的に)		
こ れ ま で の 病 気	けいれん：ない ・ ある (初回 _____歳_____ヶ月 最後は_____歳_____ヶ月, これまで____回)	
	喘息 喘息様気管支炎	ない ・ ある 毎日 薬を 飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ 毎日 吸入療法を している ・ いない ・ 発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)
	その他の病気 (具体的に)	
	入院したこと	ない ・ ある (病名 _____ 歳 _____ 月) (病名 _____ 歳 _____ 月)
内服薬等	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書き下さい。 (内服時間も)	
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書き下さい。	
その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど、心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	