

# 羽村市病後児保育利用登録（申請）書

平成 年 月 日

羽村市長 殿

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

申請者（保護者）

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_（ ） \_\_\_\_\_

羽村市病後児保育の利用登録（申請）を次のとおり申し込みます。  
また、市が病後児保育の実施施設より利用状況（利用月日、病名等）の報告を受けることに同意します。

登録児童	ふりがな 登録児氏名		性別	生年月日		お子さんの愛称		
			男・女	平成 年 月 日				
				歳	ケ月			
	通園通所施設名				電話番号			
	主治医名 (医療機関名)				電話番号			
保護者	氏 名		続柄	緊急連絡先名称		緊急連絡先		
						住 所		
						電 話		
						住 所		
						電 話		
						住 所		
					電 話			
兄弟姉妹等	氏 名		続柄	年齢	氏 名		続柄	年齢
<b>登録児童の健康状態及び注意事項</b> 食物アレルギー等による食事制限、体質、障がい等々 <b>配慮</b> して欲しいことを記入してください。								

※保護者の欄は連絡する優先順位の高い順に記入して下さい。  
※表面、裏面の必要事項を全て記載し、利用する病後児保育室へ前もって提出してください。

利用料金	徴収 ・ 免税
------	---------

# 登録児童の成育歴

氏名					平成 年 月 日生	男・女	
周産期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊娠中の異常 なし ・ あり ( )</li> <li>・ 出生時 体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm</li> <li>・ 出産時の異常 なし ・ あり ( )</li> <li>・ その他</li> </ul>						
乳児期の発達	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 首の座り 月 月 おすわり 月 月 一人歩き 月 月</li> <li>・ 栄養法は 母乳 ・ 人工乳 (メーカー ) ・ 混合 (メーカー )</li> <li>・ 離乳食の開始は 月頃、今は 初期・中期・後期・幼児食・普通食 を食べている</li> <li>・ 人見知りは 歳 月頃から あった ・ ない</li> <li>・ 母親の後を追うのは 歳 月頃から あった ・ ない</li> <li>・ 初語 (意味のある言葉) 歳 月頃に ( ) と言った</li> </ul>						
予防接種	B C G		年 月 日	水痘	1回目	年 月 日	
	Hibワクチン	初回	1回目		年 月 日	2回目	年 月 日
			2回目	年 月 日	M R	一期	年 月 日
			3回目	年 月 日		二期	年 月 日
	追加		年 月 日	日本脳炎	一期	1回目	年 月 日
	小児肺炎球菌ワクチン	初回	1回目			年 月 日	2回目
			2回目		年 月 日	二期	年 月 日
			3回目	年 月 日	B型肝炎		1回目
	追 加		年 月 日	2回目		年 月 日	
	四種混合 <small>百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ</small>	一期	1回目	年 月 日	ロタウイルス	1回目	年 月 日
			2回目	年 月 日		2回目	年 月 日
			3回目	年 月 日		3回目	年 月 日
追 加		年 月 日					
既往染症	水痘		年 月 日	流行性耳下腺炎	1回目	年 月 日	
	流行性耳下腺炎		年 月 日		2回目	年 月 日	
			年 月 日	その他		年 月 日	
	その他		年 月 日			年 月 日	
			年 月 日	B型肝炎のキャリアで ある ・ ない			
その他の既往歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 熱性けいれん 初回 歳 月 最後は 歳 月 (これまでに 回)</li> <li>・ 喘息 毎日薬を飲んで いる ・ いない ・ 発作の時だけ (薬の名前 毎日吸入療法を している ・ していない ・ 発作の時だけ</li> <li>・ アトピー性皮膚炎 ない ・ ある (治療法は 内服薬 ・ 外用薬 ・ 食事療法 )</li> <li>・ その他の病気</li> <li>・ 入院したこと ない ・ ある (病名 歳 月 (病名 歳 月</li> </ul>						
	その他	その他伝えたいことなど					

利用の必要が生じた場合は、病後児保育室へ電話連絡でお問い合わせ下さい。