

境町病児保育事業利用登録申込書（令和 年度分）

境町長 様

境町病児保育事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり利用登録の申し込みをします。

申込日 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

登録児童	フリガナ 児童氏名		愛称	性別	生年月日
				男・女	年 月 日
	自宅住所	〒 ー		自宅電話	ー ー
	通園施設	保育所・認定こども園・幼稚園 事業所内保育所		通園施設 電話番号	ー ー
	かかりつけ 医療機関	名 称		担当医師名	先生
	住 所		電話番号	ー ー	

保護者の連絡先	保護者氏名(フリガナ)		続柄	年齢	勤務先	名称	
						住所	
	携帯電話	ー ー				電話	ー ー
	保護者氏名(フリガナ)		続柄	年齢	勤務先	名称	
				住所			
携帯電話	ー ー				電話	ー ー	

保護者以外の緊急連絡先	氏名(フリガナ)		続柄	年齢	(保護者以外) 家族構成	氏 名(フリガナ)		続柄	年齢	
	携帯電話	ー ー								
	氏名(フリガナ)		続柄	年齢						
携帯電話	ー ー									

登録時の健康状態①	出生時の異常	無・有()		発育・発達	ふつう・健診などで指摘あり		
	予防注射	BCG		受けていない・受けた		三種混合(DPT)	受けていない・受けた
		H i b(インフルエンザ菌b型)		受けていない・受けた()回		四種混合(DPT-I PV)	受けていない・受けた()回
		麻疹風疹混合(MR)		受けていない・受けた()回		肺炎球菌(PCV13)	受けていない・受けた()回
		ロタウイルス(経口)		受けていない・受けた()回		B型肝炎	受けていない・受けた()回
		水痘(みずぼうそう)		受けていない・受けた()回		おたふくかぜ	受けていない・受けた()回
		日本脳炎		受けていない・受けた()回		ポリオ(IPV)	受けていない・受けた
		その他					※経口()回・注射()回

登録日： 年 月 日 登録番号：

(表面)

登録時の健康状態②	病歴	1. 突発性発疹		2. 麻疹(はしか)		3. 風疹(三日ばしか)	
		4. 水痘(みずぼうそう)		5. おたふくかぜ		6. 百日咳	
		7. 熱性けいれん 回数 回 最後は 年 月 日		ダイアブ座薬の指示 無・有 (度以上)			
	8. 喘息及び喘息様気管支炎 吸入したこと 無・有		9. その他()				
入院歴 無 ・ 有		病名: (歳 か月)		治療中 ・ 治癒した			
		病名: (歳 か月)		治療中 ・ 治癒した			
常時内服している薬		無・有(薬剤名		回数		回)	
常時使用している外用薬・吸入薬		無・有(薬剤名		回数		回)	
アレルギーの状況	食 物	無 ・ 有 (食物名:)					
		食事制限の程度や内容()					
	環 境	無 ・ 有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他:)					

登録時の身体・精神的状態	食 事	食事内容 ミルク・離乳食・普通食・アレルギー食(除去内容)					
		・ミルクの間隔		時間ごと		ml	
		普通の食事量 多い・普通・少ない					
		・好きなもの()					
		・嫌いなもの()					
		飲み方 コップ・マグ・哺乳瓶・その他()					
	睡 眠	お昼寝の時間		時間程度		何時ごろ 時, 時	
		寝方 おんぶ・抱っこ・トントン・添い寝・その他()					
	遊 び	ひとりで遊ぶことが多い・兄弟姉妹と遊ぶことが多い・大人と遊ぶことが多い					
		・好きな遊び()					
		・お気に入りのもの・安心するもの()					
	・好きなキャラクター()						
	性 格	明瞭・温順・わんぱく・涙もろい・我慢強い・几帳面・頑固・内気・()					
	排 泄	オムツ・トイレトレーニング中・自立・寝るときのみオムツ・()					
活 動 6か月～1歳の子	おすわり 安定してひとりで座れる・ひとりでは座れない・()						
	歩行 つたえ歩き・数歩なら歩ける・安定して歩ける・()						
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など具体的に記入してください。						

【利用料金の確認】 ()生活保護世帯に該当する ()市町村民税非課税世帯に該当する
 ※住所が町内にあり上記に該当する場合は、減免となる場合があるので () に○をつけてください。

個人情報等の提供に当たっての署名欄

町が病児保育事業の実施に必要な個人情報, 利用料金の設定に必要な世帯情報や市町村民税の情報(同一世帯者を含む)について情報提供ネットワークシステム等を利用・閲覧し, 病児保育実施機関に対して提示することに同意します。

保護者氏名

印

(裏面)