

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	ヶ月	
	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		
兄弟姉妹等	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
<p>登録児童の健康状態及び注意事項</p> <p>食物アレルギー等による食事制限、体質、障がい等々配慮して欲しいことを記入してください。</p>						

※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
					歳	ヶ月			
周産期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠中の異常 なし ・ あり () ・ 出生時 体重 g 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm ・ 出産時の異常 なし ・ あり () ・ その他 								
乳児期の発達	<ul style="list-style-type: none"> ・ 首の座り ヶ月 おすわり ヶ月 一人歩き ヶ月 ・ 栄養法は 母乳 ・ 人工乳 (メーカー) ・ 混合 (メーカー) ・ 離乳食の開始は ヶ月頃、今は 初期・中期・後期・幼児食・普通食 を食べている ・ 人見知り は 歳 ヶ月頃から あった ・ ない ・ 母親の後を追うのは 歳 ヶ月頃から あった ・ ない ・ 初語 (意味のある言葉) 歳 ヶ月頃に () と言った 								
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		M R	2回目	年 月 日	
			2回目	年 月 日			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	年 月 日	
			2回目	年 月 日		二期		年 月 日	
	追加		年 月 日		B型肝炎	1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		2回目	年 月 日		
			2回目	年 月 日		3回目	年 月 日		
			3回目	年 月 日		ロタウイルス	1回目	年 月 日	
	追加		年 月 日		2回目		年 月 日		
既往感染症	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"> ・ 熱性けいれん 初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月 (これまでに 回) ・ 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) ・ 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) ・ その他の病気 ・ 入院したこと ない ・ ある (病名 歳 ヶ月 (病名 歳 ヶ月) 								
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。