

東白川村病児・病後児保育事業利用登録申請書

平成 年 月 日

東白川村長 様

利用者氏名 (保護者氏名) ㊟

住 所 東白川村

電話番号

携帯電話

|                            |   |                |                |      |
|----------------------------|---|----------------|----------------|------|
| ふりがな                       |   | 男              | 生年月日 平成 年 月 日生 |      |
| お子さんの氏名                    |   | 女              | 歳 箇月           |      |
| 保<br>護<br>者<br>(※)         | 父                                       | 氏名 ( 歳)        | お子さんの愛称        |      |
|                            | 母                                       | 氏名 ( 歳)        |                |      |
|                            | 自宅住所 (〒 — )                             |                |                |      |
|                            | 自宅電話 — —                                |                |                |      |
| 兄弟姉妹                       |   |                |                |      |
| 職 業                        | 父                                       |                | 母              |      |
| 緊<br>急<br>連<br>絡<br>先      | 父                                       | 1(電話 勤務先 )     |                |      |
|                            |   | 2(電話 勤務先 ) 携帯可 |                |      |
|                            | 母                                       | 1(電話 勤務先 )     |                |      |
|                            |   | 2(電話 勤務先 ) 携帯可 |                |      |
| 保育園等名                      | 電話 — —                                  |                |                |      |
| 家庭医名                       | 電話 — —                                  |                |                |      |
| 周<br>産<br>期                | 妊娠中の異常 ( なし ・ あり )                      |                |                |      |
|                            | 出産時体重 _____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 )                      |                |                |      |
| 乳<br>児<br>期<br>の<br>発<br>達 | 首のすわり: 箇月                               |                | 一人歩き: 箇月       |      |
|                            | 栄 養 法 ( 母乳 ・ 人工 ・ 混合 )                  |                |                |      |
|                            | 離乳食開始時期(前期: 箇月 中期: 箇月 後期: 箇月 幼児食: 年 箇月) |                |                |      |
|                            | 人見知り: 箇月                                |                | 母親の後追い: 歳 箇月   |      |
| 初語(意味のあることば): 歳 箇月         |   |                |                |      |
| 予<br>防<br>接<br>種           | 母子健康手帳の写しを添付してください。                     |                |                |      |
| 感<br>染<br>症<br>歴           | は し か:                                  | 歳 箇月           | 水 ぼうそう:        | 歳 箇月 |
|                            | 百日せき:                                   | 歳 箇月           | おたふくかぜ:        | 歳 箇月 |
|                            | B型肝炎: 歳 箇月 ( キャリアでない・ある )               |                |                |      |
|                            | その他(具体的に):                              |                |                |      |

(※) 保護者自宅住所及び電話番号は、利用者氏名と同一の場合は記載しなくて構いません。

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| これまでの病気   | 熱性けいれん：初回 歳 箇月最後は 歳 箇月（これまでに 回）                                   |   |
|           | ぜん息<br>ぜん息様気管支炎   | 毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時だけ<br>毎日 吸入療法している・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<br>（具体的に）  |   |
|           | 入院したこと  | ない・ある（病院 歳 箇月）<br>（病院 歳 箇月）<br>（病院 歳 箇月）<br>（病院 歳 箇月） |
| 常時内服している薬 | ぜん息、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ください。<br>（内服時間も記入してください） |   |
| 食事        | 食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。                               |   |
| 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などをお書きください。                       |   |
|           | 障がい者手帳など（※）   |   |

（※） 障がい者手帳などは、手帳の写しを添付してください。

登録番号

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|