

病後児保育登録申込書

年 月 日

伊奈町長 様

保護者 住 所
氏 名 印

伊奈町病後児保育の利用をしたいので、伊奈町病後児保育事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児 童 名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
住 所		電話番号	()
在籍している 保育所・幼稚園・ 小学校など		電話番号	()

家庭の状況

父		勤務先 電話番号		携帯番号	()
母		勤務先 電話番号		携帯番号	()
兄弟 姉妹		歳		歳	
緊急連絡先	第1	氏 名		続 柄	
		勤務先		電話番号	()
	第2	氏 名		続 柄	
		勤務先		電話番号	()
かかりつけ 医療機関	所在地		主治医		
	名 称		電話番号	()	
同意事項	病後児保育利用登録申込書(写し)を実施施設へ送付することに同意します。 保護者氏名				
面接(施設記入欄)	面接日	年 月 日	登録番号		

*この申込書(写し)は病後児保育施設に送付しておくことにより、利用申込みがあったときに施設側が児童の状況を把握するためのものです。登録の有効期限は、小学校の第3学年に就学している年度の末日です。

施設使用	
------	--

裏面に児童の状況を記入してください。

(裏面)

児童名

生育歴	妊娠中の異常 なし ・ あり() 出生時体重 g 出生時期 予定通り ・ 日早かった ・ 日遅かった(在胎 週) 出生時の異常 なし ・ あり() 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 離乳食摂取期間(ヶ月から ヶ月) 人見知り (ヶ月) 母親の後追い(ヶ月) 初語(意味のある言葉) (ヶ月)
既往歴	突発性発疹 麻疹(はしか) 水痘(みずぼうそう) 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑(りんご病) 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他()
予防接種	ポリオ 未 ・ 1回 ・ 2回 三種混合 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 麻疹(はしか) 未 ・ 済 日本脳炎 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加済 ツベルクリン 未 ・ 済(平成 年 月 陽性 ・ 陰性) BCG 未 ・ 済(平成 年 月)
食品	嫌いな食べ物() アレルギー等で制限している食品 なし ・ あり 制限されている食品名 全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 そば類 その他()
その他	(注意してほしい事)