



登録日：令和 年 月 日 [ 新規 ・ 更新 ]

診察券番号：

## 令和 年度 病児保育室 登録申請書

氏名(ふりがな)	平成・令和 年 月 日生	男 女	通園・通学先 平成・令和 年 月 日～
	歳 カ月		施設名
住所 〒 - 市・町	電話番号		

続柄	保護者氏名	連絡先	勤務形態
連絡者①(最初に連絡をする保護者) ふりがな		携帯番号： 勤務先名： 勤務先電話番号：	正社員・正社員以外・自営業 パート(短時間・長時間)
連絡者② ふりがな		携帯番号： 勤務先名： 勤務先電話番号：	正社員・正社員以外・自営業 パート(短時間・長時間)
世帯区分	①課税世帯 ②非課税世帯 ③生活保護世帯 ④不明 ②③④の方は次の提出書類いずれかに○をつけてください(全て本年度のもの、コピー可) 【保育料決定通知書・保育料納付書(区分B)・保護者全員分の住民税非課税証明書】 クリニックが上記の件で市に問い合わせることを了承します 保護者自署_____		
家族構成	父 母 祖父 祖母 兄( 歳 歳 歳) 姉( 歳 歳 歳) 弟( 歳 歳 歳) 妹( 歳 歳 歳) その他( )		

※連絡者①②は必ず両方にご記入をお願いします。

かかりつけの病院	入院歴 なし・あり(病名： )経過(完治・治療中)
熱性けいれん なし・あり(回数 回) 初回( 歳 カ月) 最後( 歳 カ月)	坐薬の指示(あり・なし) ※坐薬の指示がある場合は必ず持ってきてください
定期的に通院している疾患 ない・ある (病名： )	常時内服している薬 ない・ある (薬名： )服用時間( )
食物アレルギー なし・あり(牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他： )	
・発達障害(多動等)等の助言を受けたことがある いいえ ・ はい(診断名： ) (受診医療機関： )	
・保育上配慮してほしいこと	

性 格	
好きな食べ物	嫌いな食べ物
お子さんの癖	好きな遊び

病児・病後児保育利用のため、以上のとおり申請します。

(あて先) あずま子ども家庭クリニック 病児保育室

課	非	生保	市外	未就

### 発育の様子

(3歳未満のお子様、発達障害等の助言を受けた方はご記入ください)

・首のすわり (     カ月頃)	・寝返り (     カ月頃)	・おすわり (     カ月頃)
・つかまり立ち (     カ月頃)	・一人歩き (     才     カ月頃)	
・人見知り (     才     カ月頃)	・発語 (意味のある言葉) (     才     カ月頃)	
栄養法 (母乳・ミルク・混合)	離乳食開始時期 (     カ月頃)	現在は (     ) 食

### 予防接種歴 (済んでいるものに○をしてください)

(四種・三種)混合 ① ② ③ 追加	不活化ポリオ ① ② ③ 追加	生ポリオ ① ②
ヒブ ① ② ③ 追加	肺炎球菌 ① ② ③ 追加	BCG
MR (麻しん・風しん) ① ②	麻しん単独 (はしか)	風しん単独 (三日ばしか)
ロタ ① ② ③	水ぼうそう ① ②	おたふく ① ②
		B型肝炎 ① ② ③
日本脳炎 ① ② ③ ④	その他 (     )	

### 既往歴 (済んでいるものに○をしてください)

・突発性発疹 (     才     カ月頃)	・おたふくかぜ (     才     カ月頃)	・水ぼうそう (     才     カ月頃)
・麻疹 (     才     カ月頃)	・風疹 (     才     カ月頃)	・百日咳 (     才     カ月頃)
・喘息 (     才     カ月頃)	・髄膜炎 (     才     カ月頃)	・アトピー性皮膚炎 (     才     カ月頃)
・てんかん (     才     カ月頃)	・川崎病 [心臓合併症は     あり     なし] (     才     カ月頃)	
・その他 (     ) (     才     カ月頃) (     ) (     才     カ月頃)		

その他保育士に伝えておきたい事等がありましたら  
ご記入をお願いします

※職員記入欄

予防接種・既往歴チェック	
確認日	確認者
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	