様式第１号(第５条関係)

茅野市病児・病後児保育施設利用登録票

　　年　　月　　日

　(宛先)茅野市長

保護者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　 　電話

　次のとおり茅野市病児・病後児保育施設の利用登録を申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録児童 | ふりがな  児童氏名 | | | | | 愛称 | | | 性別 | | | 生年月日 | |
|  | | | | |  | | | 男・女 | | | ・　　　・  (　　歳　　箇月) | |
|  | | | | |
| 通園・通学施設名 | | | | 電話　　　(　 　) | | | | | | | | |
| かかりつけ医(医院名) | | | | 電話　　　(　 　) | | | | | | | | |
| 児童の兄弟姉妹 | | | | 名前　　 　(男・女）  生年月日　　. . | | | | | 名前　　 　(男・女)  生年月日　　. . | | | 名前　　　　(男・女)  生年月日　　. . |
| 保 護 者 | 氏名 | (　　歳)　続柄(父・その他　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 名称  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　(　　) | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | (　　歳)　続柄(母・その他　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 名称  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　(　　) | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | ①続柄( 　　 ) | | | | | 携帯・勤務先・その他(　　　)電話　 (　　　) | | | | | |
| ②続柄(　 　　) | | | | | 携帯・勤務先・その他(　　　)電話　 　(　　　) | | | | | |
| 周産期 | 妊娠中の異常　(なし・あり：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 出生時体重　　　　　　　　　　　　　　　g | | | | | | | | | | | | |
| 出産時の状況 (予定どおり・　　　日早かった・遅かった)　(在胎　　　　週) | | | | | | | | | | | | |
| 出産時の異常　(なし・あり：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 乳児期の発達 | 首のすわり：　　　　箇月 | | | | | | | おすわり：　　　箇月 | | | 一人歩き：　　歳　　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：　歳　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 | | | | | | | | | | | | |
|  | ヒブ(Hib)感染症：1回目　 年 月　2回目　 年　月　3回目　 年 月　追加 　年　月 | | | | | | | | | | | | |
|  | 小児の肺炎球菌：1回目　 年 月　2回目　 年　月　3回目　 年 月　追加 　年　月 | | | | | | | | | | | | |
| 予防接種  防  接 種  種 | Ｂ型肝炎：1回目　 年 月　2回目　 年　月　3回目　 年 月 | | | | | | | | | | | | |
| ロタウイルス：（ロタリックス）1回目　 年 月　 2回目　 年　月 | | | | | | | | | | | | |
| ：（ロタテック）　1回目　 年 月　 2回目　 年　月　 3回目　 年 月 | | | | | | | | | | | | |
| 四種混合１期：1回目　 年 月　2回目　 年　月　3回目　 年 月　追加 　年　月 | | | | | | | | | | | | |
| ＢＣＧ：　　　　 年　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 麻しん・風しん： 1期　　年　　月　　　2期　　年　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 水痘（みずぼうそう）：1回目　　年　　月　　2回目　　年　　月 | | | | | | | | | | | | |
|  | 日本脳炎1期: 1回目　　年　　月　 2回目　　年　　月　　追加　　年　　月  　　 2期(4年生): 　　年　　月 | | | | | | | | | | | | |
|  | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)：　　 年　　 月 | | | | | | | | | | | | |
| 感染症歴 | 麻疹(はしか) ：　　年　月　歳頃 | | | | | | | 溶連菌感染症：　　　年　　月　　歳頃 | | | | | |
| 水痘(みずぼうそう)：　　年　月　歳頃 | | | | | | | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)：　　年　　月　　歳頃 | | | | | |
| 風　　 疹 ：　　年　月　歳頃 | | | | | | | その他(具体的に) | | | | | |
| これまでの病気 | 熱性けいれん(ひきつけ)：初回　　年　月　　歳頃　最後　　年　月　　歳頃(これまでに　　　回) | | | | | | | | | | | | |
| ぜん息及び  ぜん息様気管支炎 | | | 毎日治療をして　　　　いる　　・　　いない　・　発作時だけ  どのような治療(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| アトピー性皮膚炎 | | | ない　・ ある　(治療は：　内服液　・　食事療法　) | | | | | | | | | |
| その他の病気  (具体的に) | | |  | | | | | | | | | |
| 入　院　歴 | | | (病名　　　　　　　　　歳　　箇月)  　ない　　・　　ある 　(病名　　　　　　　　　歳　　箇月)  　　　　　　　　　　　　(病名　　　　　　　　　歳　　箇月)  　　　　　　　　　　　　(病名　　　　　　　　　歳　　箇月) | | | | | | | | | |
| 常時内服薬 | ぜん息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服している薬があれば、内服時間も含めて具体的にお書きください。 | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 食事制限の指示を主治医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)やなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 | | | | | | | | | | | | |