

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					

予防接種	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	
	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	
	B C G： 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	ない ・ ある (病名 _____ 歳 箇月) (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)やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	