

(表)

様式第1号(第7項関係)

青梅市病児保育等事業利用登録(申請)書

青梅市長殿

(病児保育対応型/病後児保育対応型)

年 月 日記入

ふりがな 氏名 (愛称:)		(男・女)	生年月日	年	月	日生
			現 在	歳	か月	(
			住 所			
保 護 者	1(続柄:)	(歳)	連絡先	電話番号		
				勤務先名		
	2(続柄:)	(歳)	連絡先	電話番号		
				勤務先名		
兄弟	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)			
利用施設名			<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> その他 電話番号			

かかりつけ 医療機関	電話番号
---------------	------

周 産 期	*妊娠中の異常(なし ・ あり)					
	*出生児体重 g					
	*出産は(予定通り ・ 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	か月	*おすわり	か月	*一人歩き	歳 か月
	*栄養法(母乳 ・ 人口 ・ 混合)					
	*離乳食開始時期	・前期 か月	・中期 か月	・後期 か月	・完了 か月	
		・乳児食 歳	か月	・幼児食 歳	か月	
	*人見知り	歳 か月	*母親の後追い		歳 か月	
	*発語(意味のある言葉) 歳 か月					

予 防 接 種	ヒブワクチン	・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	
	肺炎球菌 ワクチン	・1回目 年 月	・2回目 年 月	・3回目 年 月	追加 年 月	BCG	年 月			
	MR(風しん・麻しん)	・1回目 年 月		・2回目 年 月						
	四種混合 不活化ポリオ	・1回目 年 月	・2回目 年 月	・3回目 年 月	追加 年 月	水痘	・1回目 年 月	・2回目 年 月		
	二種混合	年 月		その他						
	日本脳炎	・1回目 年 月	・2回目 年 月	・追加 年 月	・2期 年 月					

(裏)

感染症歴	<input type="checkbox"/> はしか 歳 か月 <input type="checkbox"/> みずぼうそう 歳 か月
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ 歳 か月 <input type="checkbox"/> 百日咳 歳 か月
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 歳 か月
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入してください)
これまでの病気	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん なし ・ ある 初回 歳 か月 / 最後は 歳 か月 「ある」と答えられた方、予防薬はありますか? ない ・ ある (薬の名前:)
	<input type="checkbox"/> ぜんそく 毎日「薬」を 飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ
	<input type="checkbox"/> ぜんそく様気管支炎 毎日「吸入療法」を している ・ いない ・ 発作時だけ
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 ない ・ ある ⇒ 療法は (内服 ・ 食事療法 ・ その他)
	<input type="checkbox"/> 入院 ない ・ ある 歳 か月 (病名:) *その他の病気 (具体的に記入して下さい)
薬	*現在処方されているお薬がありましたら、内服時間等、医師の指示を具体的に記入して下さい
アレルギー	ない ・ ある ⇒ 要因は () 「ある」と答えられた方、アナフィラキシーの既往歴はありますか? ない ・ ある 歳 か月 ⇒ 医師からの処方薬等がありますか ない ・ ある (エピペン・内服薬:)
食事	*病気の治療やアレルギー等で、医師から食品や食事の制限等の指示を受けてれば、具体的に記入して下さい
その他	*お子さんの体質 (薬品・食物アレルギー等)、癖、好きな遊び、好きな食べ物、配慮してほしいこと等、些細なことでも構いませんので、記入して下さい

次の内容について同意して登録し、病児保育事業を利用します。

病児保育室の利用について説明を受けました。

保護者署名:

印

*この書類は、実施施設に保管されます