

様式第1号(第6条関係)

(表)

西条市病児・病後児保育登録申請書兼登録台帳

年 月 日提出

西条市長 殿

記入者

保育所(小学校)名							
児 童	ふりがな	生年月日		年	月	日生	
	氏名			歳	ヵ月		
保 護 者	父・氏名	( 歳)		お子さんの愛称			
	母・氏名	( 歳)					
	自宅住所	西条市					
	自宅電話	( ) —		—			
健康保険証番号		記号 番号 (発行機関: )					
緊 連 絡 急 先	氏名:	1 (電話	—	—	連絡先名	)	
	続柄:	2 (電話	—	—	連絡先名	)	
	氏名:	1 (電話	—	—	連絡先名	)	
	続柄:	2 (電話	—	—	連絡先名	)	
主治医	病院名	担当医	電話	—	—		
週 産 期	妊娠中の異常(なし・あり _____)						
	出産時体重 _____ g						
	出産時の異常(なし・あり _____)						
乳 児 期 の 発 達	首のすわり	ヵ月・おすわり	ヵ月・一人歩き	ヵ月			
	栄養法(母乳・人工・混合)						
	離乳食開始時期(前期		ヵ月	中間	ヵ月	後期	ヵ月
	幼児食		歳	ヵ月)			
人見知り	ヵ月・母親の後追い	ヵ月・初語	歳	ヵ月			
予 防 接 種	H i b (インフルエンザ菌b型) : 1回 年 月 ・ 2回 年 月 3回 年 月 ・ 追加 年 月						
	PCV (小児用肺炎球菌) : 1回 年 月 ・ 2回 年 月 ・ 3回 年 月 追加 年 月						
	B C G : 年 月		麻疹・風疹 混合 : I期 年 月 ・ II期 年 月				
	四種混合 : I期 1回 年 月 ・ 2回 年 月 ・ 3回 年 月 I期 追加 年 月 ・ II期 年 月						
	日本脳炎 : I期 1回 年 月 ・ 2回 年 月 ・ 追加 年 月 II期 年 月 ・						
	その他 ( _____ )						

(裏)※

登録番号			—			
------	--	--	---	--	--	--

感染 症歴	はしか： 歳 カ月・水ぼうそう： 歳 カ月・風疹： 歳 カ月	
	百日咳： 歳 カ月・おたふくかぜ： 歳 カ月	
	その他(具体的に)	
こ れ ま で の 病 気	熱性痙攣：初回 歳 カ月 最後 歳 カ月(これまでに____回)	
	喘息 息 喘息様気管支炎	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ 毎日 吸入療法を している ・しない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)
	その他の病気 (具体的に)	
	入院したこと	ない・ある(病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月)
食事について：(食事制限の有無・偏食等)		
その他：(体質やくせなど心配なこと・配慮してほしいこと)		

デ イ サ ー ビ ス 利 用 歴	年 月 日～ 年 月 日	病状・症状
	年 月 日～ 年 月 日	病状・症状
	年 月 日～ 年 月 日	病状・症状
	年 月 日～ 年 月 日	病状・症状
	年 月 日～ 年 月 日	病状・症状
	年 月 日～ 年 月 日	病状・症状

※	保護者負担金		
	年 月 日	1 無料	2 2,000円
	(変更) 年 月 日	1 無料	2 2,000円
	(変更) 年 月 日	1 無料	2 2,000円

※印の欄には記入しないでください。