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  氏名 | | | | | 生年月日　　　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　　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：　　　　　　　　） | | | | |
| 連絡先  緊急 | | 氏名：  続柄： | | 1　(電話　　　―　　　―　　　　連絡先名　　　　　　　　　) | | | | |
| 2　(電話　　　―　　　―　　　　連絡先名　　　　　　　　　) | | | | |
| 氏名：  続柄： | | 1　(電話　　　―　　　―　　　　連絡先名　　　　　　　　　) | | | | |
| 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 | Ｈｉｂ（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　　：１回　　年　　月　・　２回　　年　　月　・　３回　　年　　月  (小児用肺炎球菌)　追加　　年　　月 | | | | | | | |
| BCG：　　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　　ヵ月・ 水ぼうそう ：　　歳　　ヵ月・ 風疹 ：　　　歳　　ヵ月 | |
| 百日咳 ：　　歳　　ヵ月・ おたふくかぜ：　　歳　　ヵ月 | |
| その他(具体的に) | |
| これまでの病気 | 熱性痙攣：初回　　　歳　　ヵ月　　最後　　　歳　　　ヵ月(これまでに　　　回) | |
| 喘息  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　　　ヵ月) |
| (病名　　　　　　　　　　　　　歳　　　ヵ月) |
| 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。