様式第３号（第６条関係）

　　年　　月　　日

病児保育利用登録申請書

朝来市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、朝来市病児保育利用について、下記のとおり登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | |  | | | | | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　　日（　歳　箇月） | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | 電話番号 | |  |
| こども園・保育園  小学校名 | | | | | こども園・保育園  　　　　　　　　　　　　　　　　小学校 | | | | | | 歳児（クラス名）  学年 | |
| かかりつけ医 | | | | | TEL | | | | | | | |
| 家族の状況 | 父・氏名 | | （　　歳） | | | | | 勤務先 | TEL | | | |
| 母・氏名 | | （　　歳） | | | | | 勤務先 | TEL | | | |
| 兄弟姉妹 | | 歳（男・女）　　　　　　歳（男・女）　　　　　　歳（男・女） | | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | | | | |
| 周　産　期 | ・妊娠中の異常　　なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・出生時体重　　　　　　　　ｇ  ・出産は（予定どおり・　　日早かった・遅かった）（在胎　　　　週）  ・出生時の異常　　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（　　　箇月）  ・栄養法（母乳・人工・混合）  ・発達の遅れ（疑いあり・あり・なし）  ・離乳食開始時期（前期：　　　箇月）（中期：　　　箇月）（後期　　　箇月）  ・初語（意味のある言葉）（　　　歳　　箇月） | | | | | | | | | | | |
| 予防接種について | ☆下記の□に☑を記入し、該当するところに〇をつけてください | | | | | | | | | | | |
| インフルエンザ菌ｂ型(Hib) | | | | | 未接種　・　１回目済　・２回目済　・３回目済　・追加済 | | | | | | |
| 小児用肺炎球菌 | | | | | 未接種　・　１回目済　・２回目済　・３回目済　・追加済 | | | | | | |
| ジフテリア・百日せき・  破傷風・  ポリオ | | | ポリオ  （□生 □不活化） | | 未接種　・　１回目済　・２回目済　・３回目済　・追加済 | | | | | | |
| □三種混合 | | 未接種　・　１期１回目済　・２回目済　・３回目済　・追加済 | | | | | | |
| □四種混合 | | 未接種　・　１期１回目済　・２回目済　・３回目済　・追加済 | | | | | | |
| □二種混合 | | 未接種　・　済 | | | | | | |
| ＢＣＧ | | | | | 未接種　・　済 | | | | | | |
| 麻しん・風しん | | | | | 未接種　・　１期済　・２期済 | | | | | | |
| 水痘（みずぼうそう） | | | | | 未接種　・　１回目済　・２回目済 | | | | | | |
| 日本脳炎 | | | | | 未接種　・　１回目済　・２回目済　・追加済　・２期済 | | | | | | |
| ロタウイルス（□１価、□５価） | | | | | 未接種　・　１回目済　・２回目済　・３回目済 | | | | | | |
| おたふくかぜ | | | | | 未接種　・　１回目済　・２回目済 | | | | | | |
| Ｂ型肝炎 | | | | | 未接種　・　１回目済　・２回目済　・３回目済 | | | | | | |
| その他 | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 既往歴 | ・麻しん（はしか）　・水痘（水ぼうそう）　・風しん　・百日咳　・てんかん　・川崎病  ・熱性けいれん　・気管支炎　・流行耳下腺炎（おたふくかぜ）　・結核  ・アトピー性皮膚炎　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 食　　　事 | 嫌いな食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  アレルギー等で制限や禁止されている食品があれば、具体的に記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| その他  注意事項 | 配慮してほしいこと等伝えておきたいことがあれば、具体的に記入してください。  （生まれつきの病気や手術歴・既往症・気になる発達の状況など） | | | | | | | | | | | |