

病児・病後児保育利用登録申込書

登録番号

実施施設の長 様

年 月 日記入

申請者 氏名

住所

電話番号 ()

登録児童	児童氏名(ふりがな)		愛称	性別	生年月日	
				男 女	年 月 日 (歳 ケ月)	
	住所(〒 -)					
	電話: () 、FAX: ()					
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	
	通園・通学施設名	市町村		保育園・幼稚園・小学校		
	通園・通学施設名	電話 ()				
	かかりつけ医	医療機関名:		() 先生		
保護者緊急時連絡先	連絡先①					
	氏名			続柄	父・母・その他()	
	勤務先			職種		
	電話	()		携帯電話	()	
	Email					
	連絡先②					
	氏名			続柄	父・母・その他()	
	勤務先			職種		
	電話	()		携帯電話	()	
	Email					
新生児期	出生時の異常(有・無)		発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない		
予防接種	三種混合	受けていない・受けた(1期1回・2回・3回・1期追加)				
	BCG	受けていない・受けた		ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)	
	はしか	受けていない・受けた		風疹	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた		おたふくかぜ	受けていない・受けた	
これまでにかった感染症・病気(○をつけてください)						
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん(回数/回)(最後にかった日年月日)(座薬の指示有・無内容) 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息および喘息様気管支炎(治療中・悪化時のみ) 9. その他()						
過去の入院歴	ない ある(病名 / 歳ヶ月)(病名 / 歳ヶ月) (病名 / 歳ヶ月)(病名 / 歳ヶ月)					
常時使用している薬	ない・ある(具体的に)					
食事制限	ない・ある(具体的に)					
その他(体質やアレルギー等、くせなど心配なこと、配慮してほしいことなどについて具体的にお書き下さい)						

☆ 渋川市外在住の方で、保護者の方が渋川市在勤の場合は、併せて就労証明書が必要となります。

☆ 登録いただいた個人情報、施設の運営に使用させていただくほか、補助金事業に関する情報として渋川市に報告させていただくことをご了承下さい。

みつばち保育園 登録時情報記入用紙

年 月 日記入

児童氏名				小学校 幼稚園 保育園	組
家庭環境	続柄	氏名	年齢	勤務先・保育園・幼稚園・学校等の名称	
与薬	口に入れてそのまま飲める		スプーン上で溶かし飲める	その他()	
水分	コップでひとりで飲める		マグマグ使用	ストロー・スプーン使用	
食事	ひとりで食べられる		半分くらい介助する	全介助する	
排泄	トイレでできる		一緒にトイレに行き見守る	全介助でトイレ	
	パンツ		紙パンツ	その他()	
昼寝	トントンされて眠る		1人で眠る	その他()	
	入眠時のくせ等				
食べ物	好きな食べ物			嫌いな食べ物	
性格	長所			短所	
好きな遊び					
その他 連絡事項					

