

登録番号	
------	--

病児保育室事前登録申請書

令和 年 月 日記入
北栄保育所病児保育室

申請者（保護者）住所

氏名

病児保育室の利用について、次のとおり申請します。

（□欄については該当項目にレ印を記入して下さい。）

ふりがな		性別	男 ・ 女		
児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
同居 家族等	緊急時 連絡の 順位	続柄	ふりがな 氏 名	勤務先 (所属部署)	電話番号
	1				自宅 携帯 勤務先
	2				自宅 携帯 勤務先
	3				自宅 携帯 勤務先
健康保険証 番 号	記号	番号	保険者番号		
日常の 保育状態	<input type="checkbox"/> 保育所に通所（保育所名 _____） <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園（幼稚園名 _____） <input type="checkbox"/> 自宅で保育				
かかりつけの 病 院	病院名 _____ 電話番号 _____				

（裏面も記入して下さい）

健康調査票

お子様のことを詳しく伺います。(母子手帳等に基づいてご記入下さい。)

出産状態 乳幼児期の発達	在胎()週 出生時体重()グラム 分娩時の異常： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 首のすわり()ヶ月 おすわり()ヶ月 一人歩き()ヶ月 言葉のはじまり()ヶ月	
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG(年 月) <input type="checkbox"/> 四種混合(年 月) <input type="checkbox"/> MR(年 月) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう(年 月) <input type="checkbox"/> その他(年 月)	
今までにかかった 感染症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> B型肝炎(キャリアを含む) <input type="checkbox"/> その他()	
その他、今までにかかった病気で 注意すべきもの	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回： 歳時 以後： 回反復 最終： 年 月) <input type="checkbox"/> 喘息(<input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時だけ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (アレルギー品目：) <input type="checkbox"/> 無 (アレルギーを起こした時の症状：)	
普段の 食事	乳児	栄養法(<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人口 <input type="checkbox"/> 混合) 1回()cc 1日()回 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) 1日()回
	幼児	好きなもの() 嫌いなもの() 離乳完了()ヶ月 食欲(<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食) 食事形態(<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 介助が必要)
生活 状態	排泄	<input type="checkbox"/> すべておむつ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 寝るときのみおむつ <input type="checkbox"/> 自立している ※排泄の予告(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	睡眠	睡眠時間(昼 : ~ :) (夜 : ~ :) 寝つき(<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 寝起き(<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 寝るときの様子や癖()
	性格	<input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 勝ち気 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 乱暴
<p>●その他、お子様を預けられる際に担当職員に知っておいてほしいこと、気がかりなこと及びご要望等があればご記入下さい。</p>		

.....以下は記入しないで下さい。.....

受付	台帳登録
月 日	月 日