

伊勢原市病児・病後児保育事業利用登録申込書 (新規・更新)

記入日 年 月 日

申請者名

登録児童	ふりがな			愛称	血液型	生年月日	
	児童氏名				型Rh	年 月 日	
	自宅住所			通園施設	未検査	(歳 カ月)	
	電話番号	〒	-		保育所・認定こども園・幼稚園・小学校・その他		
	かかりつけ医	()病院		()先生			
保護者及び同居の家族等	保護者氏名	()歳		続柄	連絡先(携帯)		
	勤務先	配属先		職種	電話番号		
	保護者氏名	()歳		続柄	連絡先(携帯)		
	勤務先	配属先		職種	電話番号		
	同居の家族	氏名 続柄 ()歳	氏名 続柄 ()歳	氏名 続柄 ()歳	氏名 続柄 ()歳		
生育歴	妊娠、出産時の異常 … なし ・ あり ()						
	出生時体重 … () g 出産時期 … (在胎 週)						
	首のすわり … (月)、おすわり … (月)、一人歩き … (月)						
	栄養法 … 母乳 ・ 人工 ・ 混合 断乳時期 … (歳 月)						
	離乳食摂取期間 … (月 ~ 月)						
既往歴等	突発性発疹 ・ 麻疹(はしか) ・ 水痘(水ぼうそう) ・ 風疹 ・ 百日咳 ・ 結核 ・ 肺炎 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ 喘息 ・ 喘息様気管支炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 熱性けいれん(初回 … 歳 月、直近 … 歳 月 / 発症時の体温 … °C) その他 ()						
入院歴	なし ・ あり	(病名: /)		歳 月時			
		(病名: /)		歳 月時			
予防接種	ポリオ	未 ・ 1回 ・ 2回		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		未 ・ 済	
	三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		水痘(水ぼうそう)		未 ・ 済	
	四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		ヒブ		未 ・ 回	
	麻疹(はしか)	未 ・ 済		肺炎球菌		未 ・ 回	
	風疹	未 ・ 済		その他			
	日本脳炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加					
	BCG		未 ・ 済 (年 月)				
薬	* 常時服用している薬があればお書きください。(喘息、アトピー性皮膚炎・けいれん等)						
	薬名 ()	時間(食前・食間・食後・その他)					()
	薬の内容 ()	回数(朝・昼・晩・その他)					()
アレルギー	薬のアレルギー … なし ・ あり () アレルギー等により制限している食品 … なし ・ あり * 制限されている食品名(制限品目全てに○印) まだ摂取していない食品にも○印をつけてください 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦・ソバ・落花生・大豆・くるみ・オレンジ・キウイフルーツ・桃 リンゴ・山芋・ゼラチン・牛肉・豚肉・鶏肉・シャケ・サバ・イカ・カニ その他 ()						
遊び	好きなこと:						
排泄	便: 回/日	自分で 1 できる 2 できない 3 介助があればできる(介助内容を具体的に:)					()
	尿: 回/日	自分で 1 できる 2 できない 3 介助があればできる(介助内容を具体的に:)					()
睡眠	午後 : ~ 午前 :	* 午睡の習慣 あり・なし ありの場合(: ~ :) (: ~ :)					
その他	* 伝えておきたいこと、考慮してほしいことについて具体的にお書きください。(生活習慣や癖など)						