様式第１号（第８条関係）

八幡浜市病児・病後児保育事業　利用登録申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登 録 番 号 |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 記入 |
|  | 　　　　　　　　　　　　男 　　　　　　　　　　　　女  | 生年月日 | 　年　　月　　日（　　歳　か月） |
| 住　所 | 〒八幡浜市 | 自宅ＴＥＬ |  |
| 保護者連絡先 | 氏名 | 続柄 | 勤務先名 | 緊急連絡先（携帯等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 兄弟姉妹 | 　　　歳（男・女）　　　歳（男・女）　　　歳（男・女）　　　歳（男・女） |
| 通所施設 | （　　　　　　）保育所・幼稚園・小学校（　　年　　組）・その他 |
| かかりつけ医 | 病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ |
| 協力医（みかんこどもクリニック）受診歴 | 有・無 |
| 健康保険証 | 記号　　　　　　　　　番号　　　　　　　　　　保険者番号 |
| 出生時の状況 | 出生時体重 | 　　　　　　　　ｇ | 妊娠週数 | 　　　　　　　　週 |
| 発育・発達 | 発育・発達で気になることはありませんか？（言葉の遅れなど） |
| 気になることはない　・　少し遅れていると思う　・　わからない（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予防接種 | Ｈｉｂ（ヒブ） | 未・１回・２回・３回・追加 | ＢＣＧ | 未・済 |
| 小児肺炎球菌 | 未・１回・２回・３回・追加 | 麻しん・風しん | 未・１期・２期 |
| Ｂ型肝炎 | 未・１回・２回・３回 | 水痘 | 未・１回・２回 |
| ロタウイルス | 未・１回・２回・３回 | 日本脳炎 | 未・１回・２回・３回・４回 |
| 四種混合1期 | 未・１回・２回・３回・追加 | おたふくかぜ | 未・１回・２回 |
| その他の予防接種（ |
| 感染症歴 | □ 麻しん（はしか）□ 水痘（みずぼうそう）□ 風しん（三日ばしか）□ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）□ 百日咳 | □ 突発性発疹□ 手足口病□ 溶連菌感染症□ Ｂ型肝炎（キャリアーで　ある・ない）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 熱性けいれん | 無 ・ 有（初回：　　歳　　ヵ月　最終：　　歳　　ヵ月）　これまでに　　　回 |

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 |  |
| これまでの病気 | □ 喘息□ 喘息様気管支炎□ アトピー性皮膚炎 | □ 中耳炎□ 川崎病□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院歴 | 無 ・ 有 | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　歳　　ヵ月病名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　歳　　ヵ月病名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　歳　　ヵ月 |
| 常時服用している薬 | 無 ・ 有 | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）薬の名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）内服時間・薬の飲ませ方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 無 ・ 有　□食物　□アトピー性皮膚炎　□気管支喘息　□じんましん　□鼻炎　□その他（　　　　　） |
| 除去食　無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　※登録時に「アレルギー除去食に関する連絡書」（コピー可）を提出してください。　　　　　　　　　　　　 更新された場合は、利用時に最新のものが必要となります。 |
| 昼　寝 | 無 ・ 有　（約　　　時間／日　　寝る時のくせなど：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 保育上配慮して欲しいこと、注意が必要なこと等があれば記入してください。 |
| 送迎利用 | 送迎の利用希望　（　あり　・　なし　）　　　　　※施設利用２回目から利用可能です |