

病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日				
(申請先) 小諸市長				
(保護者)	住所 氏名 電話			
(病児・病後児) 保育を利用したいので、次のとおり登録します。 () 内登録を希望される方へ○をしてください				
ふりがな				
児童氏名				
男・女	生年 月日			
	年 月 日 (歳)			
家族の状況	氏名	続柄	勤務先	緊急連絡先・連絡電話番号
父親の勤務時間 時 分 ~ 時 分			母親の勤務時間 時 分 ~ 時 分	
在籍保育園等	名称 電話番号			
健康保険	記号 番号 保険者番号			
主治医	医療機関名 電話番号			
	医師名			
児童の平常の健康状態	良好 かかりやすい病気 ()			
今までにかかった主な病気(○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(初回 歳 ヶ月/最終 歳 ヶ月/回数 回)(座薬の指示:あり・なし) 7 アトピー性皮膚炎 8 喘息・喘息様気管支炎(薬の服用:毎日・不調時のみ) 9 その他()				
アレルギー	なし ある(原因物質)			
食事制限の必要	なし ある()			
常時内服している薬	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬があれば、具体的にお書きください。			

注：裏面にも記入してください。

児童の状況

周産期	・妊娠経過 1 正常 2 妊娠中毒 3 切迫流早産 4 貧血 5 悪阻 6 前置胎盤 7 胎盤早期剥離 8 その他 ()	
	・分娩経過 1 正常 2 骨盤位 3 吸引鉗子分娩 4 遅延分娩 5 帝王切開 6 陣痛促進剤 7 その他 ()	
	・出生時体重 g	
発育状況	栄養 (母乳 人工 混合) 現在の飲む回数 回 量 (1回分)	
	離乳食開始 ・一回食 ヶ月 ・二回食 ヶ月 ・三回食 ヶ月 ・幼児食 歳 ヶ月	・首のすわり () ・おすわり () ・一人歩き () *上記が可能になった時期を記入してください。
	卒乳 (断乳) 完了 未	
予防接種	*これまで受けた予防接種に○をしてください。	
	ヒブ(1回・2回・3回・追加)	小児用肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)
	ポリオ(不活化)(1回・2回・3回・追加)	日本脳炎(I期:1回・2回・追加・II期)
	ポリオ(生)(1回・2回)	水痘(みずぼうそう)(初回・追加)
	四種混合(I期:1回・2回・3回・追加)	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(1回・2回)
	三種混合(I期:1回・2回・3回・追加)	ロタウイルス
	麻疹・風疹(MR)(1回・2回)	B C G
	インフルエンザ(直近 年 月)	その他()
その他健康の留意点		