

青梅市病後児保育事業利用登録(申請)書

青梅市長 殿

年 月 日記入

ふりがな		男	生年月日 平成 年 月 日生		
氏 名		女	歳 ヶ月 (年生)		
保護者	父・氏名	(歳)	お子さんの愛称		
	母・氏名	(歳)			
	自宅住所 (〒)		自宅電話 ()		
きょうだい	歳 (男・女)		歳 (男・女)	歳 (男・女)	
職業	父		母		
緊急連絡先	父	1 (TEL 勤務先名)		2 (携帯)	
		1 (TEL 勤務先名)		2 (携帯)	
	母	1 (TEL 勤務先名)		2 (携帯)	
		1 (TEL 勤務先名)		2 (携帯)	
施設名	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> なし		電話 ()		
かかりつけ医療機関			電話 ()		
周産期	*妊娠中の異常(なし・あり _____) *出生時体重 g *出産は (予定通り ・ 早かった ・ 遅かった) (在胎 週) *出産時の異常(なし・あり _____)				
乳児期の発達	*首のすわり ヶ月 *おすわり ヶ月 *一人歩き 歳 ヶ月 *栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) *離乳食開始時期 ・前期 ヶ月 ・中期 ヶ月 ・後期 ヶ月 ・完了 ヶ月 ・乳児食 歳 ヶ月 ・幼児食 歳 ヶ月 *人見知り 歳 *母親の後追い 歳 ヶ月 *発語(意味のあることば) 歳 ヶ月				
予防接種	BCG 年 月		ポリオ ・1回目 年 月 ・2回目 年 月		
	□三種混合 ・1回目 年 月 ・2回目 年 月		水ぼうそう 1回目 年 月		
	□四種混合 ・3回目 年 月 ・追加 年 月		2回目 年 月		
	麻疹・風疹 年 月		おたふくかぜ 年 月		その他
	ヒブ(細菌性髄膜炎等)		肺炎球菌(肺炎球菌感染症)		
1回目 年 月 2回目 年 月		1回目 年 月 2回目 年 月			
3回目 年 月 追加 年 月		3回目 年 月 追加 年 月			

(裏面)

感染症歴	<input type="checkbox"/> はしか 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう 歳 ヶ月	
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 百日咳 歳 ヶ月	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 歳 ヶ月	
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入して下さい。 (
これまでの病気	熱性痙攣 ない・ある (初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月) 「ある」と答えられた方、予防薬はありますか? ない・ある (薬の名前	
	<input type="checkbox"/> 喘息 毎日 「薬」 を 飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ	
	<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 毎日 「吸入療法」を している ・ いない ・ 発作時だけ	
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 ない ・ ある⇒療法は (内服 ・ 食事療法 ・ その他)	
	その他の病気 (具体的に記入してください)	
	<input type="checkbox"/> 入院 あり (病名 歳 ヶ月) ・ ない	
常時内服している薬	* 喘息・アトピー性皮膚炎やその他の病気のために、お薬を飲んでいますか? ありましたら内服時間等、医師の指示を具体的に記入してください。	
食事	* 病気の治療や、アレルギー等で医師から「食品の制限」や「食事の制限」の指示を受けていますか? 受けていれば、詳しい指示を具体的に記入してください。	
その他	* お子さんの体質 (薬品 ・ 食物アレルギー等) 、癖・好きな遊び・好きな食べ物・配慮してほしいこと等、些細なことでもかまいませんので、お子さんについてお知らせください。	
	次の内容に同意して登録し、病後児保育事業を利用します。 1 病後児保育室利用についての説明を受けた。 (保護者署名 _____)	

*この書類の写しは、実施施設に保管されます。