

登

登録日：令和 年 月 日 [新規 ・ 更新]

診察券番号：

令和 年度 病児保育室 登録申請書

氏名(ふりがな)	平成・令和 年 月 日生 歳 カ月	男 女	通園・通学先 平成・令和 年 月 日～ 施設名
住所 〒 - 市・町	電話番号		

続柄	保護者氏名	連絡先	勤務形態
	連絡者①(最初に連絡をする保護者) ふりがな	携帯番号： 勤務先名： 勤務先電話番号：	正社員・正社員以外・自営業 パート(短時間・長時間)
	連絡者② ふりがな	携帯番号： 勤務先名： 勤務先電話番号：	正社員・正社員以外・自営業 パート(短時間・長時間)
世帯 区分	①課税世帯 ②非課税世帯 ③生活保護世帯 ④不明 ②③④の方は次の提出書類が必要となります。(全て本年度のもの、コピー可) 【保護者全員分の住民税非課税証明書】 クリニックが上記の件で市に問い合わせることを了承します 保護者自署		
家族 構成	父 母 祖父 祖母 兄(歳 歳 歳) 姉(歳 歳 歳) 弟(歳 歳 歳) 妹(歳 歳 歳) その他()		

※連絡者①②は必ず両方に連絡先・勤務先等含め全てご記入をお願いします。

かかりつけの病院	入院歴 なし・あり(病名：)経過(完治・治療中)		
熱性けいれん なし・あり(回数 回) 初回(歳 カ月) 最後(歳 カ月) 坐薬の指示(あり・なし) ※坐薬の指示がある場合は必ず持ってきてください			
定期的に通院している疾患 (病名：)	常時内服している薬 なし・ある (薬名：)服用時間()		
食物アレルギー なし・あり(牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他：)			
・発達障害(多動等)等の助言を受けたことがある いいえ ・ はい(診断名：) (受診医療機関：)			
※助言が無くとも、特性のために保育看護が困難と判断した場合は、お預かりを中断することがあります。(対象3歳以上)			
・保育上配慮してほしいこと			
性 格			
お子さんの癖		好きな遊び	

病児・病後児保育利用のため、以上のとおり申請します。
(あて先) あずま子ども家庭クリニック 病児保育室

課	非	生保	任意

発育の様子

(3歳未満のお子様、発達障害等の助言を受けた方はご記入ください)

・首のすわり (カ月頃) ・寝返り (カ月頃) ・おすわり (カ月頃)		
・つかまり立ち (カ月頃) ・一人歩き (才 カ月頃)		
・人見知り (才 カ月頃) ・発語 (意味のある言葉) (才 カ月頃)		
栄養法	(母乳・ミルク・混合)	離乳食開始時期 (カ月頃) 現在は () 食

予防接種歴 (済んでいるものに○をしてください)

ヒブ ① ② ③ 追加	肺炎球菌 ① ② ③ 追加	B型肝炎 ① ② ③
ロタ ① ② ③	(四種・五種)混合 ① ② ③ 追加	BCG
MR (麻しん・風しん) ① ②	水ぼうそう ① ②	日本脳炎 ① ② ③ ④
おたふく ① ②	二種混合 (DT)	
その他 ()		

既往歴 (済んでいるものに○をしてください)

・突発性発疹 (才 カ月頃) ・おたふくかぜ (才 カ月頃) ・水ぼうそう (才 カ月頃)		
・麻疹 (才 カ月頃) ・風疹 (才 カ月頃) ・百日咳 (才 カ月頃)		
・喘息 (才 カ月頃) ・髄膜炎 (才 カ月頃) ・アトピー性皮膚炎 (才 カ月頃)		
・てんかん (才 カ月頃) ・川崎病 [心臓合併症は あり なし] (才 カ月頃)		
・その他 () (才 カ月頃) () (才 カ月頃)		

その他保育士に伝えておきたい事等がありましたら
ご記入をお願いします

※職員記入欄

予防接種・既往歴チェック	
確認日	確認者
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	
R . .	