

病児・病後児保育登録申請書

年 月 日 記入

記入者名 _____

フリガナ 児童氏名		男 女	生年月日 年 月 日生 (歳 か月)	
住所 〒 富谷市		TEL		
保育所等名		TEL	お子さんの愛称	
家族 の 状 況	父・氏名		勤務先	TEL
	母・氏名		勤務先	TEL
	同居親族氏名・続柄			
被保険者記号・番号		記号	番号	保険者番号
緊急連絡先		TEL		
家庭医		病・医院名 医師名		TEL
生活保護受給状況		<input type="checkbox"/> 生活保護を受給している ※該当者は☑を付け、「生活保護受給証明書」を添付してください		
生 育 歴	※未就学児のお子さんのみ記載願います。			
	妊娠中の異常	なし・あり ()		
	出生時体重	(g)		
	出産は	(予定通り・ _____日早かった・遅かった)(在胎 週)		
	出産時の異常	なし・あり ()		
	首のすわり (か月)	おすわり (か月)	一人歩き (か月)	
	栄養法	(母乳・人工・混合)		
	離乳食開始時期	(前期 か月)	(中期 か月)	(後期 か月)
	(幼児食 歳 か月)			
	人見知り (か月)	母親の後追い (歳 か月)		
	初語(意味のある言葉) (歳 か月)			
既往 症	突発性発疹	麻疹(はしか)	水痘(水ぼうそう)	風しん 百日咳
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	ヘルパンギーナ	川崎病	手足口病
	伝染性紅斑(りんご病)	熱性けいれん	喘息	肺炎 結核 湿疹
	アトピー性皮膚炎	その他 ()		
食 品	嫌いな食べ物			
	アレルギー等で制限している食品があればお答えください。 ・制限されている食品名: 全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦類 ソバ類 その他 ()			
そ の 他	注意事項(常用している薬や疾病等)			

※予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

様式第1号(第7条関係)

予	インフルエンザ菌b型(ヒブ)	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	追加
	小児用肺炎球菌	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	追加
防	B型肝炎	未	・	1回	・	2回	・	3回		
	ロタウイルス(1価)	未	・	1回	・	2回				
	ロタウイルス(5価)	未	・	1回	・	2回	・	3回		
	五種混合	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	1期追加
	BCG	未	・	済						
接	麻しん・風しん(MR)	未	・	1回	・	2回				
	水痘(水ぼうそう)	未	・	1回	・	2回				
	日本脳炎	未	・	1回	・	2回	・	1期追加	・	2期1回
	二種混合(DT)	未	・	2期1回						
種	おたふくかぜ	未	・	1回	・	2回				
	その他	()								