

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			
健康保険証番号		記号	番号	保険証番号
緊急連絡先		TEL		
家庭医		病・医院名		TEL
		医師名		
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		麻しん(はしか)	水痘(水ぼうそう)
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		ヘルパンギーナ	川崎病
	伝染性紅斑(りんご病)		熱性けいれん	喘息
	アトピー性皮膚炎		その他 ()	風しん 百日咳 手足口病 肺炎 結核 湿疹
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 (Hib)	未	・	1 回	・	2 回	・	3 回	・	4 回
	小児用肺炎球菌	未	・	1 回	・	2 回	・	3 回	・	4 回
防	B 型肝炎 (HBV)	未	・	1 回	・	2 回	・	3 回		
	四種混合 (DPT-1 PV)	未	・	1 回	・	2 回	・	3 回	・	1 期追加
	B C G	未	・	済						
	麻しん・風しん (MR)	未	・	1 回	・	2 回				
接	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
	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		
	ポリオ (生ワク)	未	・	1 回	・	2 回				
	ポリオ (不活化)	未	・	1 回	・	2 回	・	3 回	・	4 回
種	三種混合 (DPT)	未	・	1 回	・	2 回	・	3 回	・	4 回
	二種混合 (DT)	未	・	2 期 1 回						
	おたふくかぜ	未	・	1 回	・	2 回				