

様式第2号（第9条関係）

（表）

病児・病後児保育 登録申込書

年 月 日

桶川市長

保護者 住所
氏名

病児・病後児保育の利用登録をしたいので、桶川市病児・病後児保育事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児 童 名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
在籍している保 育所(園)・幼稚 園・小学校等		電話番号	

家庭の状況

父		勤務先名		電話番号	
母		勤務先名		電話番号	
兄弟 姉妹		歳		歳	

緊急 連絡 先	氏 名		続柄	
	勤務先等		電話番号	
	氏 名		続柄	
	勤務先等		電話番号	

かかりつけ医療機関名		電話番号	
------------	--	------	--

同意事項	病児・病後児保育利用登録申込書の写しを実施施設へ送付することに同意します。 保護者氏名 ㊞
------	--

面接（施設記入欄）	面接日	年 月 日	登録番号	
-----------	-----	-------	------	--

※この申込書は事前に登録しておくことにより、利用申込みがあったときに施設側が児童の状況を把握するためのものです。登録有効期間は2年です。

施設 使用	
----------	--

裏面に、児童の状況を記入してください。

(裏)

児童名

生育歴	妊娠中の異常 なし ・ あり () 出生時 g 出生時期 予定通り ・ 日早かった ・ 遅かった (在胎 週) 出生時の異常 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 離乳食摂取期間 (か月～ か月) 人見知り (か月) 母親の後追い (か月) 初語(意味ある言葉) (歳 か月)
既往歴	突発性発疹 麻疹(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風疹 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 ()
予防接種	四種混合 未・1回・2回・3回・追加 麻しん・風しん混合 未・第1期・第2期 日本脳炎 未・1回・2回・追加 BCG 未・済 ヒブワクチン 未・済 小児用肺炎球菌 未・済 水痘 未・1回・2回 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 なし・あり (以下のとおり) 制限されている食品名：全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 ソバ類 その他 ()
その他	(注意してほしいこと)