

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (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-IPV)	未	・	1 回	・	2 回	・	3 回	・	1 期追加
	BCG	未	・	済						
	麻しん・風しん (MR)	未	・	1 回	・	2 回				
	水痘 (水ぼうそう)	未	・	1 回	・	2 回				
接	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				