

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)
既 住 症	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)
	突発性発疹 麻しん(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。

