

病後児保育事業登録申請書

登録No.

肝付町長 様

年 月 日

次のとおり肝付町病後児保育事業への登録を申請します。
 なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報を実施施設が利用することについて、承諾します。

住所
 氏名
 電話

印

ふりがな 児童氏名		性別	生年月日 (年 月 日 歳 ヶ月)
兄	弟	歳 性別 ()	歳 性別 () 歳 性別 ()
保護者の職業			
緊急連絡先	父親	氏名	携帯電話
		勤務先	勤務先電話
	母親	氏名	携帯番号
		勤務先	勤務先電話
その他	氏名 続柄()	電話番号	
通所施設名			電話
かかりつけ医院			電話
周産期	妊娠中の異常 (なし・あり) 出生時体重 g 出産 (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)		
乳児期の発達	首のすわり： ヶ月 這う： ヶ月 一人歩き： ヶ月 栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳 (開始： ヶ月 終わり： ヶ月) 人見知り： ヶ月 母親の後追い： 歳 ヶ月 初語 (意味のある言葉)： 歳 ヶ月		
予防接種	H I B : ① 年 月② 年 月③ 年 月 追加④ 年 月		
	B C G : 年 月		日本脳炎 : ① 年 月② 年 月
	4種混合 : ① 年 月② 年 月③ 年 月 追加④ 年 月		
	MR : ① 年 月② 年 月		水疱瘡 : ① 年 月② 年 月
	肺炎球菌 : ① 年 月② 年 月③ 年 月 追加④ 年 月		

(裏面も記入)

感 染 症 歴	は し か： 歳 ヶ月 水ぼうそう： 歳 ヶ月
	百 日 咳： 歳 ヶ月 おたふくかぜ： 歳 ヶ月
	B 型 肝 炎： 歳 ヶ月 (キャリアでない・ある)
	その他 (具体的に)：
こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん：初回 歳 ヶ月・最後は 歳 ヶ月 (これまでに__回)
	ぜ ん 息 毎日薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ
	ぜん息様気管支炎 毎日吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎 ない・ある (治療は 内服薬・食事療法)
	そ の 他 の 病 気 (具 体 的 に)
	入 院 し た こ と (病名 歳 ヶ月) ・ない (病名 歳 ヶ月) ・ある (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月)
常 時 内 服 し て い る 薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服している薬があれば具体的にお書きください (内服時間も)。
食 事	食時制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。
そ の 他	体質 (薬物アレルギー等) や癖など、心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。

振込先金融機関	銀行名・支店	口座種別	口座番号	口座名義

※町内にお住まいの方は、通帳をお持ちください。