

## 様式第1号(第6条関係)

(表)

## 西条市病児・病後児保育登録申請書兼登録台帳

年 月 日提出

西条市長 殿

記入者

|                            |                                                         |           |                              |            |         |                    |    |    |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|---------|--------------------|----|----|
| 保育所(小学校)名                  |                                                         |           |                              |            |         |                    |    |    |
| 児<br>童                     | ふりがな                                                    |           |                              | 生年月日       |         | 年                  | 月  | 日生 |
|                            | 氏 名                                                     |           |                              |            |         | 歳                  | ヵ月 |    |
| 保<br>護<br>者                | 父・氏名                                                    |           |                              | ( 歳)       |         | お子さんの愛称            |    |    |
|                            | 母・氏名                                                    |           |                              | ( 歳)       |         |                    |    |    |
|                            | 自宅住所 西条市<br>自宅電話 ( ) — —                                |           |                              |            |         |                    |    |    |
| 健 康 保 険 証 番 号              |                                                         |           | 記号 番号<br>(発行機関： )            |            |         |                    |    |    |
| 緊 連<br><br>絡<br><br>急 先    | 氏名：                                                     |           | 1 (電話 — —                    |            | 連絡先名    |                    | )  |    |
|                            | 続柄：                                                     |           | 2 (電話 — —                    |            | 連絡先名    |                    | )  |    |
|                            | 氏名：                                                     |           | 1 (電話 — —                    |            | 連絡先名    |                    | )  |    |
|                            | 続柄：                                                     |           | 2 (電話 — —                    |            | 連絡先名    |                    | )  |    |
| 主治医                        |                                                         | 病院名       |                              | 担当医        |         | 電話 — —             |    |    |
| 週<br>産<br>期                | 妊娠中の異常(なし・あり )                                          |           |                              |            |         |                    |    |    |
|                            | 出産時体重 g                                                 |           |                              |            |         |                    |    |    |
|                            | 出産時の異常(なし・あり )                                          |           |                              |            |         |                    |    |    |
| 乳<br>児<br>期<br>の<br>発<br>達 | 首のすわり                                                   |           | ヵ月・おすわり                      |            | ヵ月・一人歩き |                    | ヵ月 |    |
|                            | 栄養法(母乳・人工・混合)                                           |           |                              |            |         |                    |    |    |
|                            | 離乳食開始時期(前期                                              |           | ヵ月                           | 中間         | ヵ月      | 後期                 | ヵ月 |    |
|                            | 幼児食                                                     |           | 歳                            | ヵ月)        |         |                    |    |    |
| 人見知り                       |                                                         | ヵ月・母親の後追い |                              | ヵ月・初語      |         | 歳                  | ヵ月 |    |
| 予<br>防<br>接<br>種           | H i b (インフルエンザ菌b型) : 1回 年 月 ・ 2回 年 月<br>3回 年 月 ・ 追加 年 月 |           |                              |            |         |                    |    |    |
|                            | PCV : 1回 年 月 ・ 2回 年 月 ・ 3回 年 月<br>(小児用肺炎球菌) 追加 年 月      |           |                              |            |         |                    |    |    |
|                            | B C G :                                                 |           | 年 月                          | 麻疹・風疹 混合 : |         | I 期 年 月 ・ II 期 年 月 |    |    |
|                            | 四種混合 :                                                  |           | I 期 1回 年 月 ・ 2回 年 月 ・ 3回 年 月 |            |         |                    |    |    |
|                            | I 期 追加                                                  |           | 年 月 ・ II 期 年 月               |            |         |                    |    |    |
|                            | 日本脳炎 :                                                  |           | I 期 1回 年 月 ・ 2回 年 月 ・ 追加 年 月 |            |         |                    |    |    |
| II 期                       |                                                         | 年 月 ・     |                              |            |         |                    |    |    |
| その他 ( )                    |                                                         |           |                              |            |         |                    |    |    |

(裏)※

登 録 番 号

—

|                                  |                                                                                                               |                                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 感 染 症 歴                          | はしか :      歳      ヲ月・水ぼうそう :      歳      ヲ月・風疹 :      歳      ヲ月                                               |                                                 |
|                                  | 百日咳 :      歳      ヲ月・おたふくかぜ :      歳      ヲ月                                                                  |                                                 |
|                                  | その他(具体的に)                                                                                                     |                                                 |
| こ<br>れ<br>ま<br>で<br>の<br>病<br>気  | 熱性痙攣: 初回      歳      ヲ月      最後      歳      ヲ月(これまでに____回)                                                    |                                                 |
|                                  | 喘 息      息      毎日      薬を      飲んでいる・いない・発作時だけ<br>喘 息 様 気 管 支 炎      毎日      吸入療法を      している      ・しない・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<br>(具体的に)                                                                                         |                                                 |
|                                  | 入 院 し た こ と                                                                                                   | ない・ある(病名      歳      ヲ月)<br>(病名      歳      ヲ月) |
| 食事について: (食事制限の有無・偏食等)            |                                                                                                               |                                                 |
| そ の 他 : (体質やくせなど心配なこと・配慮してほしいこと) |                                                                                                               |                                                 |

|                                           |                                       |       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| デ<br>イ<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>利<br>用<br>歴 | 年      月      日～      年      月      日 | 病状・症状 |
|                                           | 年      月      日～      年      月      日 | 病状・症状 |
|                                           | 年      月      日～      年      月      日 | 病状・症状 |
|                                           | 年      月      日～      年      月      日 | 病状・症状 |
|                                           | 年      月      日～      年      月      日 | 病状・症状 |
|                                           | 年      月      日～      年      月      日 | 病状・症状 |

|   |                           |           |                |
|---|---------------------------|-----------|----------------|
| ※ | 保 護 者 負 担 金               |           |                |
|   | 年      月      日           | 1      無料 | 2      2, 000円 |
|   | (変更)      年      月      日 | 1      無料 | 2      2, 000円 |
|   | (変更)      年      月      日 | 1      無料 | 2      2, 000円 |

※印の欄には記入しないでください。