

病児・病後児保育事業事前登録申請書

受付印 <input type="checkbox"/> FAX済 <input type="checkbox"/> 入力済
--

登録番号 ()

(あて先) 氷川町長 下記のとおり病児・病後児保育事業の登録を申請します。 住 所 氷川町 保護者氏名 電話番号 () -	令和 年 月 日
---	-------------------

ふりがな		性別	生年月日	愛称
児童氏名		男・女	平成・令和 年 月 日	
就園先	保育園・幼稚園・小学校・自宅			
緊急連絡先	父	氏名		勤務先
		TEL		TEL
	母	氏名		勤務先
		TEL		TEL
		氏名		勤務先
		TEL		TEL
乳児期の発達	・首のすわり(ヶ月) ・おすわり(ヶ月) ・発達の遅れ(疑いあり・なし) ・一人歩き(ヶ月) ・栄養法(母乳・人口・混合) ・離乳食開始時期 (前期: ヶ月) (中期: ヶ月) (後期: ヶ月) ・人見知り(ヶ月) ・後追い(ヶ月) ・発語(意味のある言葉) (ヶ月)			
予防接種歴	ヒブ	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済		
	小児用肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済		
	日本脳炎	未・1回目済・2回目済・追加済		
	ロタウイルスワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済		
	□三種 □四種 混合	未・1回目済・2回目済・3回目済・追加済		
	MR(麻疹・風疹)	未・1回目済・2回目済		
	おたふく	未・1回目済・2回目済		
	水痘	未・1回目済・2回目済		
	B C G	未・済		
	B型肝炎	未・済		
	新型コロナワクチン	未・済		
	インフルエンザワクチン	未・済		
		上記以外で受けたことのある予防接種→		
病歴及び感染症	○おたふく(耳下腺炎・ムンプス) 歳 ヶ月 ○水痘(みずぼうそう) 歳 ヶ月 ○はしか(麻疹) 歳 ヶ月 ○風疹 歳 ヶ月 ○突発性発疹 歳 ヶ月 ○喘息 (有・無) ○アトピー性皮膚炎 (有・無) — 治療法(内服薬・食事療法・その他) ○アレルギー (有・無) [種類:] ○常時内服薬 (有・無) [内服薬名・時間] ○肝炎のキャリアーである場合のみ記入: 型・病院受診(済・未) ○入院歴 (有・無) [病名及び時期:] ○熱性痙攣 (有・無) [初回 歳 ヶ月、これまでに 回、最後は 歳 力月] ※その他かかったことがある感染症→			
食事	※アレルギーのある食品や偏食、嫌いな食べ物等があれば、具体的に記入してください。			
その他	心配なこと・配慮してほしいことについて具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や癖、発達の状況など)			

区分 (料金) 【 】

新規登録 登録更新