様式第１号（第８条関係）

病児病後児保育登録申請書（事前登録）

　　年　　月　　日

　飯南町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　飯南町病児・病後児保育の利用登録をしたいので、次のとおり登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児  童 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　男  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　女 | | | | 生年月日　　　年　　月　　日  　　　　　（　　）歳（　　）月 | |
| 保育所・小学校名 | | |  | お子さんの愛称 | |
| かかりつけ医名 | | |  | （　　　　　　　　　　　） | |
| 自宅住所（〒　　　　　　　）  連絡先　　　　－ | | | | 健康保険証  （国保・健保・共済・その他）  記号番号（　　　　　　　　） | |
| 緊急連絡先 | 優先順位  ① | 続柄 | 氏名： | | 勤務先： | |
| 携帯電話： | | 勤務先電話番号： | |
| 優先順位  ② | 続柄 | 氏名： | | 勤務先： | |
| 携帯電話： | | 勤務先電話番号： | |
| 優先順位  ③ | 続柄 | 氏名： | | 勤務先： | |
| 携帯電話： | | 勤務先電話番号： | |
| 周  産  期 | 妊娠中の異常　　なし・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 出生時体重　　（　　　　　）g | | | | | |
| 出産時週数　　３７週未満（　　）週　・　３７週～４１週　・　４２週以上 | | | | | |
| 出産時の異常　　なし・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 予防接種 | 接種済みのものに○印をつけてください。  ・四種混合（初回１回・２回・３回　追加）　・ポリオ（１回・２回）  ・五種混合（初回１回・２回・３回　追加）　・麻しん風しん混合（１期　２期）  ・BCG　　・日本脳炎（初回１回・２回　追加　）　・ヒブ（初回　追加）  ・肺炎球菌（初回　追加）　・水ぼうそう　・おたふくかぜ　・その他 | | | | | |
| 感  染  症  歴 | はしか　　　（　　）歳（　　）カ月　　　水ぼうそう（　　）歳（　　）カ月 | | | | |
| 風しん　　　（　　）歳（　　）カ月　　　おたふくかぜ（　　）歳（　　）カ月 | | | | |
| 突発性発疹　（　　）歳（　　）カ月　　　手足口病　（　　）歳（　　）カ月 | | | | |
| その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

※裏面もご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| これまでの病気 | 熱性けいれん | 初回（　　）歳（　　）カ月　最後は（　　）歳（　　）カ月  これまでに（　　）回 |
| 喘息  喘息様気管支炎 | 薬を　　毎日飲んでいる　・　飲んでいない　・　発作時だけ  吸入療法　　毎日している・していない・発作時だけ |
| アトピー性皮膚炎 | ない・ある（治療は　内服薬　・　ぬり薬　・　食事療法　） |
| その他の病気  （具体的に） |  |
| 入院 | ない・ある（病名　　　　　　　　　　　歳　　カ月）  　　　　　（病名　　　　　　　　　　　歳　　カ月）  　　　　　（病名　　　　　　　　　　　歳　　カ月） |
| 常時内服している薬 | 喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。（内服薬の名前、時間） | |
| 食  事 | 食事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 | 体質やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。 | |

|  |
| --- |
| 飯南町長様  本用紙で病児・病後児保育登録を希望する児童について、利用時の病状の急激な変化等に対する措置として、貴施設の判断する医療機関で受診する事、必要な経費等は保護者の負担とする事に同意します。  　　　　　年　　月　　日　　　　住　　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名 |