様式１号

年　　月　　日

　高原町病児・病後児保育事業利用登録申請書

高原町長　様

高原町病児・病後児保育事業の利用登録のため、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 対象児童氏名 |  | 年　　齢 | 　　歳 　か月 |
| 通所保育所等名 | 保育所(園)･認定こども園･小学校　 |
| かかりつけ医療機関名 | 施設名　　　　　　　　担当医師　　　　　　電話　　－ |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄（　　　） |
| 保護者氏名 | 電話　　－　　　　(自宅･勤務先)　　㊞　携帯　　－　　　　－　　　　　 |
| 保護者住所 | 　高原町大字　　　　　　 |
| 緊急連絡先 | 氏名　 　 　　　　　　　　　電話 　 －　　 　　(自宅･勤務先)　　　続柄(　) 　 携帯　　－　　　－　　　 |
| 氏名　 　 　 　　　　　　　電話 　 －　　　　 (自宅･勤務先)　　　　　　　　　　 　続柄(　) 　 携帯　　－　　　－　　　 |
| 既往症（いままでかかった病気すべてに○をつけてください。） |
| 1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風疹(三日ばしか)5 因頭結膜熱(プール熱) 6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7 ヘルパンギーナ8 百日咳 9 手足口病 10 感染性紅斑(リンゴ病) 11 川崎病12 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) 13 結核 14 とびひ 15 湿疹 |
| 熱性けいれん | 初回　　歳　　か月　最後は　　歳　　か月(これまでに　　回) |
| 喘息喘息様気管支炎 | 毎日薬を　飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ（○で囲む）毎日日吸入療法を　している・していない・発作時だけ(○で囲む) |
| 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 | ない･ある(病名　 　　　　歳　か月･病院名　　　　　　)　　　　 (病名　　 　　　歳　か月･病院名　　　　　　) |
| アレルギー体質の有無 | 無・有（詳細に　　　　　　　　　　　　　　　） |

**食事について**

|  |
| --- |
| 　**乳児期（～１歳）** |
| 昼食（　　　）時頃 |
| ミルク | 母乳　混合　人工乳 | 回数 | （　　　）回／日 | １回量（　　　）cc |
| 離乳食 | 　初期　中期　後期 | 回数 | （　　　）回／日 |
| 　**幼児期（１歳～）** |
| 昼食（　　　）時頃 |
| 食べ方 | * 食べさせてもらう　　□　自分で食べられる
 |
| * 手づかみ　　□　フォーク・スプーン　　□　お箸
 |
| 好きな食べ物 |  |
| 苦手な食べ物 |  |
| 食事の量 | * 少ない　　□　ふつう　　□　多い　　□　むらがある
 |
| その他要望 |  |

**排泄**

|  |
| --- |
| 　**乳児期（～１歳）** |
| おむつ | * 布おむつ　　□　紙おむつ　（　１日　　　　　枚程度）
 |
| 　**幼児期（１歳～）** |
| おむつ | * １日中　　□　寝るときだけ　　□　トレーニングパンツ
 |
| 小便 | * 手伝ってもらう　　□　ひとりでできる　　□　時々失敗する
 |
| 大便 | * 手伝ってもらう　　□　ひとりでできる　　□　時々失敗する
 |
| したい時 | * 動作で知らせる　　□　言葉で知らせる　　□　知らせない
 |

**その他、生活習慣など**

|  |
| --- |
| 保育中に心配なこと、配慮してほしいこと。 |

※担当課処理欄（利用料免除： あり ・ なし ）