

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	毎日薬を 飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ (○で囲む)			
喘息様気管支炎	毎日吸入療法を 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	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる				
	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク・スプーン <input type="checkbox"/> お箸				
好きな食べ物					
苦手な食べ物					
食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある				
その他要望					

### 排泄

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

### その他、生活習慣など

<p>保育中に心配なこと、配慮してほしいこと。</p>          
---

※担当課処理欄（利用料免除：あり・なし）