

受託事業者 様

病児保育事業利用登録申請書

記入日 年 月 日

記入者

1 基本情報

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|-------|-------|-------|-----|
| フリガナ | | 性別 | | | |
| 児童氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 通所施設 | 保育所(園)・こども園 ・幼稚園・小規模 ・家庭的・小学校 | 連絡先 | | - - | |
| かかりつけ 医療機関名 | | 連絡先 | | - - | |
| 健康保険 | 社保・国保・(私学・国公・地公) 共済組合・その他 () | | | | |
| | 記号 | 番号 | 保険者番号 | | |
| フリガナ | | 保護者住所 | 〒 | - | |
| 保護者氏名 | | | | | |
| 緊急連絡先 | フリガナ 氏名 | | 続柄 | 連絡先 | |
| | ① | | | 携帯電話 | - - |
| | | | | 職場名 | |
| | ② | | | 職場電話 | - - |
| | | | | 携帯電話 | - - |
| | ③ | | | 職場名 | |
| | | | | 職場電話 | - - |

2 児童の情報

(裏面)

| | | | | | | | |
|---|---|--|--------|---|-----------------|----|--|
| 愛称 | | | 性格 | | | | |
| 発達の状況 (未就学児のみ記入) | 首のすわり | か月 | はいはい | か月 | 一人歩き | か月 | |
| | 寝返り | か月 | つかまり立ち | か月 | 初語 (意味のある言葉) | か月 | |
| | おすわり | か月 | 伝い歩き | か月 | | | |
| 入院歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳頃 病名) | | | | | | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 | | 治療 | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> していない | | | |
| | | | 薬 | <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入療法 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 熱性けいれん | | 初回 | 歳 | か月 | | |
| | | | 最後 | 歳 | か月 | | |
| | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | | 治療 | <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他の病気 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 食物 | 食品名 | | | | | |
| | | 食事制限の程度 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 薬 | 薬品名 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 環境 | <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 定期的に飲んでいる薬 | ①名称 | (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 吸入) | | | | | |
| | ②名称 | (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 吸入) | | | | | |
| 予防接種 (接種済み予防接種にレ点、回数に○) | <input type="checkbox"/> ヒブ(1回・2回・3回・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回・2回・3回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス(1回・2回・3回) <input type="checkbox"/> 4種(3種)混合(1回・2回・3回・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)(1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)(1回・2回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1回・2回・追加) <input type="checkbox"/> ポリオ(不活化:1回・2回・3回・追加、生:1回・2回) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| 好きな遊び | 室内 | | | | | | |
| | 戸外 | | | | | | |
| 怖がる物 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある() | | | | | | |
| 睡眠 | 普段の昼寝時間 | | ～ | | | | |
| | 睡眠のくせ等(一人寝・添い寝・おんぶ寝など) | | | | | | |
| その他配慮してほしい点や希望など | | | | | | | |