

様式第3号 (第6条関係)

檀原市病児保育事業利用登録申込書

年度		年 月 日記入	
ふりがな 氏名	男 女	生年月日 20	年 月 日生 才 ヶ月
住所 (〒 -) 電話 ()			
通園 (学) 名 () お子様の愛称 ()			
家 族	父 氏名 (ふりがな) 母 氏名 (ふりがな) きょうだい	(才) 職業 (才) 職業 才 (男・女)	才 (男・女) 才 (男・女) 才 (男・女)
緊 急 連 絡 先	父 1 勤務先名 2 携帯電話など 母 1 勤務先名 2 携帯電話など 他 電話	電話 電話	続柄・氏名 ()
出 育 歴	妊娠中の異常 (なし・あり) 出産時の異常 (なし・あり) 出生時体重 g 首のすわり: ヶ月 おすわり: ヶ月 一人歩き: ヶ月 栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 離乳食開始時期: ヶ月 現在の体重: kg		
食 事	() ミルクのみ 1回量 () cc × () 時間毎 () 離乳食 () 回 (ドロドロ・キザミ) 食材 (豆腐・白身魚・鶏肉・牛豚肉・卵) () 幼児食 除去食: なし・あり (卵・牛乳・大豆・その他)		

予 防 接 種	4種混合 (1 2 3 4) 3種混合 (1 2 3 4) 生ポリオ (1 2) ヒブ (1 2 3 4) MRワクチン (1 2) 水ぼうそう (1 2) その他予防接種で受けたもの ()	BCG (済 ・ 未) 不活性ポリオ (1 2 3 4) 肺炎球菌 (1 2 3 4) 日脳 (1 2 3 4) おたふくかぜ (1 2)
感 染 症	突発性発疹: 才 はしか: 才 風疹: 才 手足口病: 才 その他 (具体的に)	水ぼうそう: 才 おたふくかぜ: 才 百日咳: 才 肝炎: 才 (キャリアーである・ない) A型 ・ B型 ・ C型
こ れ ま で の 病 気	発熱痙攣: 初回 才 (°C) 最後は 才 (°C) これまでに () 回 喘息様気管支炎: ない・ある (内服薬・吸入) アトピー性皮膚炎: ない・ある (内服薬・除去食) その他の病気 (具体的に) 入院したこと: ある・ない 病名 (才) 病院名 期間 病名 (才) 病院名 期間	
そ の 他	平熱 °C かかりつけ医 TEL 医師の指導により毎日服用している薬はありますか? (ある ・ ない) (薬名 いつから) 体質や癖など心配なこと、配慮してほしいことについて (具体的に書きください)	