

様式第1号（第8条関係）

病後児保育事業利用登録申込書

年 月 日

五條市教育委員会 様

ふりがな 子どもの氏名		性別	生年月日	年 月 日
			年齢	歳 ヶ月
			血液型	型(PH )・未検査
保護者氏名	〒 —		電話番号 ( )	
	住所			
	氏名			
緊急連絡先	①	住所	電話番号 ( )	
		氏名	(続柄 )	
	②	住所	電話番号 ( )	
		氏名	(続柄 )	
	③	住所	電話番号 ( )	
		氏名	(続柄 )	
	④	住所	電話番号 ( )	
		氏名	(続柄 )	
	⑤	住所	電話番号 ( )	
		氏名	(続柄 )	
在籍する施設名				
※要望・連絡事項				

※各年度、登録申請が必要です。

【裏面に続く】

かかりつけ病院	① 小児科 電話番号 ( )	④ 整形外科 電話番号 ( )
	② 眼科 電話番号 ( )	⑤ 電話番号 ( )
	③ 内科 電話番号 ( )	⑥ 電話番号 ( )
睡眠	・睡眠時間 ( 時 分 ~ 時 分 時間 分)	
	・昼寝時間 ( 時 分 ~ 時 分 時間 分)	
	・寝る時の姿勢 特徴: あおむけ ・ うつぶせ ・ その他 ( )	
	・寝つき 良い ・ 悪い 癖 ( )	
	・寝起き 良い ・ 悪い 癖 ( )	
その他	・性格 ( ) ・好きな遊び ( ) ・家庭で主に保育する人 ( ) ・衣服の脱着: できる ・ できない	・好きな物 おもちゃ ( ) 動物 ( ) ・伝えておきたい事柄
	・突発性発疹 ( 才 ) ・百日咳 ( 才 ) ・おたふくかぜ ( 才 ) ・水痘 ( 才 ) ・アトピー性皮膚炎 ・麻疹 ( 才 ) ・アレルギー性鼻炎 ・風疹 ( 才 ) ・じんましん ・中耳炎 ( 才 ) ・喘息 ・ひきつけ(初回 歳)(最近 歳)(累計 回)	排泄状況 ・尿 → ・オムツを使用 ・トレニング中 ・自立している(1日 回) ・便 → ・オムツを使用 ・トレニング中 ・自立している(1日 回) (便秘・硬い・普通・軟い・下痢)
既往歴	・けいれん(初回 歳)(最近 歳)(累計 回) ・その他( )	アレルギー □ある ( 除去食 ) □ない 食物 ( ) 薬物 ( ) アナフィラキシー □ある □ない 対応方法
	・4種混合( 期 回)(3種混合・ポリオ) ・MR ・BCG ・B型肝炎 ・水痘 ・おたふくかぜ ・日本脳炎 ・Hib( 期 回) ・肺炎球菌( 期 回)	
予防接種	どのような方法で薬を飲んでいますか? (例:お茶に混ぜて・ゼリーにまぜて) ・水薬 ( ) ・粉薬 ( )	食事の方法 □スプーン □コップ □箸 □その他 ( )
	坐薬を使ったことがありますか? □ある □ない □解熱剤 □吐き気止め □けいれん止め □その他( )	

※「かかりつけの病院」は、主に通院する病院を記入してください。

※「既往歴」・「予防接種」については、該当する項目を選択してください。(年齢は病気になった年齢を記入してください。)

※「排泄状況」でオムツを使用している子どもについては、施設では「紙オムツ」のみの使用となります。