

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)	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
	・その他 ()	
	・4種混合(期 回)(3種混合・ポリオ)	
	・MR ・BCG ・B型肝炎	
予防接種	・水痘 ・おたふくかぜ ・日本脳炎	アレルギー □ある □ない 対応方法
	・Hib(期 回) ・肺炎球菌(期 回)	
薬の使用	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。