

年度 病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

美濃加茂市長

宛

利用希望者氏
名

印



住 所 美濃加茂市

電話番号

美濃加茂市病児保育事業を利用したいので、美濃加茂市病児保育事業の実施に関する条例第9条の規定により、次のとおり申請します。

なお、(1)市及び病児保育事業の受託者が下記記載の個人情報を共有すること、(2)必要に応じて児童の通園・通学先又は受診歴のある医療機関等に児童の情報を確認すること、(3)市が下記記載事項について公簿等により確認することに同意します。

ふりがな		男	生年月日	年	月	日生	歳	箇月										
児童氏名		女	お子さんの愛称															
保 護 者	父	氏名	携帯電話															
	母	氏名	携帯電話															
	自宅住所(〒 -)		自宅電話 - -															
連 絡 先	父	勤務先	電話番号															
	母	勤務先	電話番号															
緊急連絡先		氏名	児童との続柄															
		電話番号																
兄弟姉妹		年 月 日生			年 月 日生													
利用区分		生活保護世帯 該当・非該当			多子世帯 該当・非該当													
通園通学先		電話 - -																
家庭医名		電話 - -																
周 産 期	妊娠中の異常 (なし ・ あり)																	
	出産時体重 _____g																	
	出産は (予定通り ・ 日早かった ・ 遅かった) (存胎 週)																	
		出産時の異常 (なし ・ あり)																
乳 児 期 の 発 達	首のすわり:		箇月おすわり:		一人歩き:		箇月											
	栄 養 法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合)																	
	離乳食開始時期(前期:		箇月		中期:		箇月		後期:		箇月		幼児食:		年		箇月)	
	人見知り:		箇月		母親の後追い:		歳		箇月									
初語(意味のあることば):		歳		箇月														

受付:

申請者
確認 :

登録:

No :

予 防 接 種	ポリオ： 1回 年 月 / 2回 年 月 / 3回 年 月 / 4回 年 月	
	四種混合： 期 1回 年 月 / 2回 年 月 / 3回 年 月 / 4回 年 月 (三種混合) 期 年 月	
	BCG： 年 月	MR(はしか)： 1回 年 月 / 2回 年 月
	水ぼうそう： 1回 年 月 / 2回 年 月	おたふくかぜ： 年 月
	その他：	
感 染 症 歴	はしか： 歳 箇月	水ぼうそう： 歳 箇月
	百日せき： 歳 箇月	おたふくかぜ： 歳 箇月
	B型肝炎： 歳 箇月 (キャリアでない ・ ある)	
	その他(具体的に)：	
こ れ ま だ の 病 気	熱性けいれん： 初回 歳 箇月最後は 歳 箇月 (これまで 回)	
	ぜん息	毎日 薬を飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ
	ぜん息様気管支炎	毎日 吸入療法している ・ いない ・ 発作時だけ
	てんかん	薬を飲んでいる ・ いない
	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 箇月) (病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月)
常 時 内 服 し て い る 薬	ぜん息、てんかん、アトピー性皮膚炎等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 (内服時間も記入してください)	
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。	
そ の 他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと、配慮してほしいことなどをお書きください。	
	障害者手帳など ()	