

様式第1号(第8条関係)

病児・病後児保育利用者登録申請書

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

申請者(保護者)氏名

㊟

病児・病後児保育の利用者登録を受けたいので、鴻巣市病児・病後児保育事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、この登録申請書の写しを事業者へ送ること及び事業者から利用状況(利用年月日・病名等)の報告を受けることに同意します。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 月)
保 護 者	父	氏名	(歳)	お子さんの愛称
	母	氏名	(歳)	
	自宅住所 鴻巣市		自宅電話番号	
緊 急 連 絡 先	児童との 続柄		勤務先	電話 携帯
	児童との 続柄		勤務先	電話 携帯
通所(学)施設名				電話 番号
かかりつけ医療機関名		電話番号		
生 育 歴	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中の異常 (なし ・ あり 具体的に：) ・出生時体重 (g) ・出産時期 (予定通り・ 日早かった・遅かった：在胎 週) ・出産時の異常 (なし ・ あり 具体的に：) 			

感 染 症 歴	<ul style="list-style-type: none"> ・麻しん（はしか）（ 歳 月） ・風しん（ 歳 月） ・水ぼうそう（ 歳 月） ・百日咳（ 歳 月） ・おたふくかぜ（ 歳 月） ・その他 { 具体的に： }
こ れ ま で の 病 気	
予 防 接 種	<ul style="list-style-type: none"> ・ポリオ（未 ・ 1回 ・ 2回 ） ・三種混合（未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ） ・四種混合（未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ） ・麻しん(はしか)（未 ・ 済 ） ・風しん（未 ・ 済 ） ・麻しん風しん混合（未 ・ 済 ） ・BCG（未 ・ 済 ） ・日本脳炎(未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加) ・肺炎球菌(未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・Hib（未 ・ 済 ） ・ロタ（未 ・ 済 ） ・その他（)
ア レ ル ギ ー	<ul style="list-style-type: none"> ・なし ・あり { 原因物質： }
乳 児 期 の 発 達	<p>※下記については、児童が<u>2歳未満</u>の場合にご記入ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・首のすわり（ 月） ・おすわり（ 月） ・一人歩き（ 月） ・栄養法（母乳 ・ 人工 ・ 混合 ） ・離乳食完了時期 末（前期・中期・後期） ・済（ 月） ・人見知り（ 月） ・母親の後追い（ 歳 月） ・初語 意味のある言葉（ 歳 月）
そ の 他	<p>※児童の体質(薬物アレルギー等)や癖等、心配なことや配慮してほしいことについて具体的に記入してください。</p>