

年 月 日

病児病後児保育室 設置者 様

行橋市病児病後児保育施設条例施行規則第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

病児病後児保育登録番号		申請者	
ふりがな	男	（ 歳 九月）	お子様の愛称
登録児童氏名	・	生年月日	
個人番号	女	年 月 日	
自宅住所（〒 — ）行橋市			
自宅電話番号（ — ）		FAX 番号（ — ）	
きょうだい・名前（ ）歳（ ）歳（ ）歳			
保護者氏名		続柄	
個人番号		保護者氏名	
携帯電話番号		続柄	
勤務先		個人番号	
勤務先電話番号		携帯電話番号	
勤務先電話番号		勤務先	
勤務先電話番号		勤務先電話番号	
緊急連絡先	連絡先名		電話番号

家庭状況（該当する場合のみ○を記入）	行政	
1.生活保護世帯 2.市町村民税非課税世帯	確認欄	

通園・通学先	（未満児・年少・年中・年長）（小学 年生）	かかりつけ医院	
--------	-----------------------	---------	--

性格		好きな遊び 興味を持っている事	
----	--	--------------------	--

その他、保育士に配慮してほしい点、心配な点がございましたら記入してください。

【同意事項】

- ・病児病後児保育室の使用料決定及び徴収に必要な、対象者（乳幼児等）の属する世帯構成員の住民税関係、生活保護の認定状況調査及び事業者への情報提供に同意します。
- ・保育にあたっては、感染症等に細心の注意を払いますが、他のお子さまから病気がうつる可能性があることをご理解ください。
- ・感染力の強い病気や症状の急変の可能性が高い場合は、ご利用をお断りすることもあります。

既往歴（今までにかかった病気の番号に○をつけてください）

1 突発性発疹	14 湿疹
2 麻疹（はしか）	15 喘息・喘息様気管支炎
3 水痘（水ぼうそう）・帯状疱疹	16 アトピー性皮膚炎
4 風しん	17 川崎病（心臓合併症 あり ・ なし）
5 咽頭性結膜炎（プール病）	18 B型肝炎（キャリアー ・ キャリアーでない）
6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	19 熱性けいれん（初回 歳・最後は 歳 これまでに 回）
7 百日咳	20 アレルギー 有・無
8 ヘルパンギーナ	（アレルギー物質名 ）
9 手足口病	（薬物アレルギー名 ）
10 伝染性紅斑（りんご病）	21 入院・手術歴
11 中耳炎	病名 歳 カ月
12 異型肺炎（マイコプラズマ肺炎）	22 その他
13 とびひ	

予防接種（これまでに受けたものの番号に○をつけ、接種年月日をご記入ください）

BCG		年	月	日接種	日本脳炎	初 回	年	月	日接種
五種混合	初 回	年	月	日接種		2回目	年	月	日接種
(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ・Hib)	2回目	年	月	日接種		追 加	年	月	日接種
	3回目	年	月	日接種	肺炎球菌	初 回	年	月	日接種
	追 加	年	月	日接種		2回目	年	月	日接種
四種混合	初 回	年	月	日接種		3回目	年	月	日接種
(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ)	2回目	年	月	日接種		追 加	年	月	日接種
	3回目	年	月	日接種	Hib	初 回	年	月	日接種
	追 加	年	月	日接種		2回目	年	月	日接種
MR	第1期	年	月	日接種		3回目	年	月	日接種
(麻疹・風疹)	第2期	年	月	日接種		追 加	年	月	日接種
B型肝炎	初 回	年	月	日接種	水痘（水疱瘡）	初 回	年	月	日接種
	2回目	年	月	日接種		2回目	年	月	日接種
	3回目	年	月	日接種	流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	初 回	年	月	日接種
ロタウイルス	初 回	年	月	日接種		2回目	年	月	日接種
	2回目	年	月	日接種					
	3回目	年	月	日接種					

※以下は、2歳までのお子様をお持ちの方がご記入ください。

乳幼児期の 発 達	首のすわり： _____カ月 / おすわり _____カ月 / ひたり歩き _____カ月
	栄養法： ☐ 母乳 ☐ 人工 ☐ 混合
	離乳食開始：初期 _____カ月 / 中期 _____カ月 / 後期 _____カ月
	完了期 _____カ月