



病児保育登録申請書

申請者 住所
 保護者氏名
 児童との続柄 ()
 電話番号 - -

FLOWER CHILDREN 病児保育の利用について、次の通り申請します。

(ふりがな)		生年月日	平成 年 月 日
児童氏名	(愛称:)	年齢	歳 か月
保育所等の名称	保育園・幼稚園・認定こども園・小学校		
(ふりがな)		勤務先名	
保護者氏名		携帯番号	- -
(ふりがな)		勤務先名	
保護者氏名		携帯番号	- -
家族構成(利用児童・保護者除く)			
氏名	年齢	氏名	年齢
保護者以外連絡先(※保護者に連絡がつかない場合の連絡先)			
氏名		電話番号	- -
氏名		電話番号	- -

(裏面)

病児・病後児保育事業利用申込書（児童連絡事項記入欄）

出生時の記録	身長（ ）cm 体重（ ）g 在胎週数 週 日
出生時の状態	異常 なし・あり （ 仮死・けいれん・黄疸・光線療法・代謝異常・呼吸器使用・保育器 ）
発達の様子	首のすわり か月 あやすと笑う か月 寝返り か月 ひとりすわり か月 はいはい か月 つかまり立ち か月 つたい歩き か月 ひとり歩き か月 歯の生え始め か月
かかった病気	1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.食物アレルギー 7.熱性けいれん（ 回 最後： 年 月 日・座薬の指示：有 °C以上・無 ） 8.アトピー性皮膚炎 9.喘息および喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ 吸入したこと 有・無 ） 10.その他（ ）
おこしやすい病気	鼻出血 ・ 下痢 ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 中耳炎 ・ 脱臼
喘息（ありの方）	歳より 発作の回数 回くらい 入院歴 有（下に記載）・無
入院したこと	有（病名 歳 か月頃） ・ 無 （病名 歳 か月頃） （病名 歳 か月頃）
常時服用している薬	有 （内服薬の名前： 回数： /日 ） ・ 無
常時使用している薬	軟膏 有（軟膏の名前： 回数： /日 ） ・ 無
	吸入 有（吸入薬の名前： 回数： /日 ） ・ 無
食 事	スプーン・フォーク・はし・哺乳びん・マグマグ・ストロー・コップ
食 欲	偏食 有（ ） ・ 無
食物アレルギー	有 （牛乳・卵・肉・魚・その他： ） ・ 無
その他のアレルギー	有 （ ） ・ 無
除 去 食	
離 乳 食	1日（ 回 朝・昼・夜） 離乳食初期（なめらか）・中期（下でつぶせる）・後期（歯ぐきでつぶせる）・完了期（歯ぐきで噛める）
睡 眠	1日（ 時間） 午睡 する（ 時ころ 時間） ・ しない
排 泄	自分で排尿 できる（自立・誘導）・できない（オムツ・おまる・自分で伝えられる） 自分で排便 できる（自立・誘導）・できない（オムツ・おまる・自分で伝えられる）
くせ・性格	
その他	心配なこと、配慮してほしいこと等がありましたらご記入ください