令和　　　年　　月　　日



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 成令 和 |
| 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 | 　　　　－　　　　－　　　　 |

　　　年　　　月　　日

（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（　　　　　　）㎝　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 | 首のすわり寝返りはいはいつたい歩き歯の生え始め | 　　　か月　　　か月　　　か月　　　か月　　　か月 | あやすと笑うひとりすわりつかまり立ちひとり歩き | 　　　か月　　　か月　　　か月　　　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　　　℃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 |