

### 病後児保育事前登録書（児童台帳）

平成 年 月 日記入

記入者氏名 \_\_\_\_\_

病後児保育を利用したいので、益田市病後児保育事業実施要綱第7条の規定により申し込みます。

なお、利用料決定の際、市長が私の世帯の課税状況等を調査することおよび実施施設に児童台帳の写しを送付することに同意します。（記入していただいた個人情報本事業以外に使用することはありません。）

児 童	氏名		男 女	生年月日	平成 年 月 日生	
	住所			電話番号	( ) -	
	愛称			在所園		
	かかりつけ医					
保 護 者	父	氏名				
		勤務先	TEL ( ) -			
		緊急時連絡先				
	母	氏名				
		勤務先	TEL ( ) -			
		緊急時連絡先				
兄弟姉妹	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
周 産 期	妊娠中の異常	なし ・ あり ( )				
	出産時の異常	なし ・ あり ( )				
	出生時体重 (出産時に異常があった場合のみ記入)	( ) g				
発 育 状 況	首のすわり	n月	おすわり	n月	ひとり歩き	n月
	栄養法	(現在授乳中の方のみ記入) 母乳 ・ 人工 ・ 混合				
	離乳食開始	前期 ( ) n月 ・ 中期 ( ) n月 ・ 後期 ( ) n月 幼児食 ( ) 歳 ( ) n月				
予 防 接 種	接種済みのものに○印をつけてください。 ・ポリオ (1回 2回) ・三種混合 (1回 2回 3回 追加) ・麻しん風しん混合 (1回 2回) ・BCG ・みずぼうそう ・おたふくかぜ ・その他					

感染 症 歴	・はしか ( ) 歳 ( ) ヵ月		・水ぼうそう ( ) 歳 ( ) ヵ月	
	・風しん ( ) 歳 ( ) ヵ月		・おたふくかぜ ( ) 歳 ( ) ヵ月	
	・突発性発疹 ( ) 歳 ( ) ヵ月		・手足口病 ( ) 歳 ( ) ヵ月	
	・その他 (具体的に)			
こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん	初回 ( ) 歳 ( ) ヵ月 最後は ( ) 歳 ( ) ヵ月、これまでに 回		
	喘息 喘息様気管支炎	毎日薬を 飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ 毎日吸引療法を している・していない・発作時だけ		
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある (治療は 内服薬・外用薬・発作時だけ)		
	その他の病気 (具体的に)			
	入 院 歴	ない・ある (病名 歳 ヵ月)		
常 時 内 服 し て い る 薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば、具体的に記入してください (内服時間も)。			
食 事	食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的に記入してください。			
そ の 他	体質 (薬物アレルギー等) や癖など、心配なこと・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。			

※この欄は記入しなくて結構です

生活保護	市町村民税	所得税	利用料
該当・非該当	課税・非課税	課税・非課税	