

(表)

様式第1号 (第8条関係)

年 月 日

上野原市長 宛

保護者住所
保護者氏名 ⑧
自宅電話
緊急連絡先
①
②

上野原市病後児保育室利用登録申請書

上野原市病後児保育室を利用したいので、次のとおり登録を申請します。

登録 児 童	ふりがな		性別	生年月日	
	児童氏名		男女	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	通園通学先	小学校・保育所・こども園・幼稚園			
	電 話				
	医療機関名				
	医 師 名				
	電 話				
	加入医療保険 ・種別	国保・社保・健保 その他()	名 称		
		記号・番号			
世 帯 構 成	続柄	氏 名	生年月日	性別	勤務先及び電話番号
生活保護の状況 適用なし 適用あり (年 月 日 保護開始)					
「適用あり」の方は、生活保護受給者証等を当日お持ち下さい。					

(裏面も記入して下さい)

(裏)

発達の様子	・栄養（母乳・混合・人工）・首のすわり（ 月）・おすわり（ 月） ・ひとり歩き（ 月）・意味のある言葉を話す（ 歳 月）
感染症歴	・麻疹（はしか）（ 歳 月）・水痘（みずぼうそう）（ 歳 月） ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（ 歳 月） ・風疹（三日ばしか）（ 歳 月）・百日咳（ 歳 月） その他（ ）
予防接種の状況	（受けたものに回数や○をつけて下さい） ・四種混合（ 回） ・三種混合（ 回） ・不活性ポリオ（ 回） ・ヒブ（Hb）（ 回） ・小児用肺炎球菌（ 回） ・BCG ・MR：Ⅰ期・Ⅱ期 水痘（ 回） ・日本脳炎（ 回） ・インフルエンザ（最近 年 月接種） ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（ 回）
主な病気・ケガ	・けいれん なし・あり（熱性けいれん・その他） 初回 歳 月 最終 歳 月 これまでの回数 回 ・気管支喘息 なし・あり 初回 歳 月 毎日薬を飲んでいるか（いる・いない・発作時だけ） 毎日吸入療法をしているか（いる・いない・発作時だけ） ・入院 なし・あり（病名 ） ・その他（ ）
その他	・常時服用している薬 なし・あり（具体的に ） ・食事制限 なし・あり（具体的に ） ・アレルギーの有無 なし・あり （アレルギーの除去食についてはご相談下さい） ・偏食 なし・あり（具体的に ） ・排泄 おむつ・自立（排泄後の始末 可・不可） ・睡眠 添い寝・1人寝 その他（具体的に ） ・体質（ ） ・くせ（ ） ・その他、心配な事や配慮してほしいことなど （ ）