

(表)

様式第1号(第7項関係)

## 青梅市病児保育事業利用登録申請書

青梅市長殿

(病児保育対応型/病後児保育対応型)

年 月 日記入

ふりがな 氏名 (愛称: )		(男・女)	生年月日 年 月 日生	現 在 歳 か月 ( 年	住 所
保 護 者	1(続柄: )	( 歳)	連絡先 TEL / 勤務先名:	携帯	
	2(続柄: )	( 歳)	連絡先 TEL / 勤務先名:	携帯	
兄弟	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)
利用施設名	<input type="checkbox"/> 小学校		<input type="checkbox"/> 幼稚園	電話	
		<input type="checkbox"/> 保育園		<input type="checkbox"/> なし	

かかりつけ 医療機関	電話
---------------	----

周 産 期	*妊娠中の異常( なし ・ あり )								
	*出生児体重	g							
	*出産は( 予定通り ・ 早かった ・ 遅かった / 在胎 週 )								
	*出産時の異常( なし ・ あり )								
乳 児 期 の 発 達	*首のすわり	か月	*おすわり	か月	*一人歩き	歳	か月		
	*栄養法( 母乳 ・ 人口 ・ 混合 )								
	*離乳食開始時期	・前期	か月	・中期	か月	・後期	か月	・完了	か月
	・乳児食		歳	か月	・幼児食	歳	か月		
	*人見知り	歳	か月	*母親の後追い	歳	か月			
*発語(意味のある言葉)		歳	か月						

予 防 接 種	ヒブワクチン	・1回目	年	月	・2回目	年	月	B型肝 炎	・1回目	年	月
		・3回目	年	月	・追加	年	月		・2回目	年	月
	肺炎球菌 ワクチン	・1回目	年	月	・2回目	年	月	BCG	・3回目	年	月
		・3回目	年	月	・追加	年	月		年	月	
	MR(風しん・麻しん)	・1回目		年	月	・2回目		年	月		
	四種混合 不活化ポリオ	・1回目	年	月	・2回目	年	月	水痘	・1回目	年	月
	・3回目	年	月	・追加	年	月	・2回目		年	月	
二種混合	年		月	その他							
日本脳炎	・1回目	年	月	・2回目	年	月					
	・追加	年	月	・2期	年	月					

感 染 症 歴	<input type="checkbox"/> はしか 歳 か月 <input type="checkbox"/> みずぼうそう 歳 か月
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ 歳 か月 <input type="checkbox"/> 百日咳 歳 か月
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 歳 か月
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に記入してください）
こ れ ま で の 病 気	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん なし ・ ある 初回 歳 か月 / 最後は 歳 か月 「ある」と答えられた方、予防薬はありますか？ ない ・ ある（薬の名前： ）
	<input type="checkbox"/> ぜんそく 毎日「薬」を 飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ
	<input type="checkbox"/> ぜんそく様気管支炎 毎日「吸入療法」を している ・ いない ・ 発作時だけ
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 ない ・ ある ⇒ 療法は（ 内服 ・ 食事療法 ・ その他 ）
	<input type="checkbox"/> 入院 ない ・ ある 歳 か月 (病名： )
*その他の病気（具体的に記入して下さい）	
薬	*現在処方されているお薬がありましたら、内服時間等、医師の指示を具体的に記入して下さい
ア レ ル ギ ー	ない ・ ある ⇒ 要因は（ ） 「ある」と答えられた方、アナフィラキシーの既往歴はありますか？ ない ・ ある 歳 か月 ⇒ 医師からの処方薬等がありますか ない ・ ある（エピペン・内服薬： ）
食 事	*病気の治療やアレルギー等で、医師から食品や食事の制限等の指示を受けてれば、具体的に記入して下さい
そ の 他	*お子さんの体質（薬品・食物アレルギー等）、癖、好きな遊び、好きな食べ物、配慮してほしいこと等、些細なことでも構いませんので、記入して下さい

次の内容について同意して登録し、病児保育事業を利用します。

病児保育室の利用について説明を受けました。

保護者署名： \_\_\_\_\_

\*この書類は、実施施設に保管されます