

(表)

様式第1号(第7項関係)

青梅市病児保育等事業利用登録(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<br>氏名<br>(愛称: ) |                                   | (男・女) |        | 生年月日  |        | 年 月 日生 |          |      |     |
|                      |                                   |       |        | 現 在   |        | 歳 か月 ( |          |      |     |
|                      |                                   |       |        | 住 所   |        |        |          |      |     |
| 保護者                  | 1(続柄: )                           | ( 歳)  |        | 連絡先   | 電話番号   |        |          |      |     |
|                      |                                   |       |        |   | 勤務先名   |        |          |      |     |
|                      | 2(続柄: )                           | ( 歳)  |        | 連絡先   | 電話番号   |        |          |      |     |
|                      |                                   |       |        |   | 勤務先名   |        |          |      |     |
| 兄弟                   | 歳(男・女)                            |       | 歳(男・女) |   | 歳(男・女) |        |          |      |     |
| 利用施設名                |                                   |       |        | <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> その他<br>電話番号 |        |        |          |      |     |
| かかりつけ<br>医療機関        |                                   |       |        | 電話番号  |        |        |          |      |     |
| 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  | ・幼児食   |        |          | 歳    |     |
|                      |                                   |       | ・乳児食   | 歳   | か月     | ・幼児食   |          | 歳    |     |
| *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<br>肝炎 |      |     |
|                      |                                   |       | ・3回目   | 年 月   | ・追加    | 年 月    |          |      |     |
|                      | 肺炎球菌<br>ワクチン                      |       | ・1回目   | 年 月   | ・2回目   | 年 月    |          | ・3回目 | 年 月 |
|                      |                                   |       | ・3回目   | 年 月   | ・追加    | 年 月    | BCG      |      |     |
|                      | MR(風しん・麻しん)                       |       | ・1回目   | 年 月   | ・2回目   | 年 月    |          |      |     |
|                      | 四種混合<br>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    |        |          |      |     |

(裏)

|         |   |
|---------|---|
| 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<br>「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<br>(病名: )<br>*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 ( )<br>「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<br>⇒ 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:

印

\*この書類は、実施施設に保管されます