様式第１号(第８条関係)

宮田村及び実施施設使用欄

登録番号：

宮田村病児・病後児保育利用登録申請書

令和　　　年　　　月　　　日

　(申請先)宮田村長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録申請します。

　なお、記入した個人情報は、宮田村及び実施施設で共有することを承認します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者　(保 護 者) | 氏名 | 児童との続柄 | 連　絡　先(すべて記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入) |
| ※第一連絡先 | 　 | □　自宅電話　　　　　□　携帯電話　　　　□　勤務先電話　　(名称　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ※第二連絡先 | 　 | □　自宅電話□　携帯電話□　勤務先電話　　(名称　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録児童 | 氏名 | 性別 | 生年月日 |
| (ふりがな) | 男・女 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日　　 |
| 　 |
| 通園・通学施設等(該当番号に○)　1　通園又は通学先　2　通園又は通学していない | １の時は記入 | 施設名　　　　　　　　　　　　　　 |
| かかりつけの医師　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 定期的に通院している疾患(該当番号に○)(該当の疾患がある場合は、病名を記入してください。)　1　ない　2　ある(病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 常時内服している薬(ぜんそく・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的に記入してください。)　1　ない　　　2　ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院の経験(該当番号に○)(入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。)　1　ない　2　ある(　　　歳　　　箇月頃、病名　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他(保育上配慮してほしいことについて記入してください。)※食物アレルギーについては、裏面に記載する部分があります。 |

※裏面もご記入ください

(裏)

　以下は、わかる範囲で記入してください。

|  |
| --- |
| **既往歴**(今までにかかった病気の番号に○を付け、【　】に必要事項を記入してください。) |
| 1　突発性発疹 | 11　川崎病【心臓合併症　ない・ある　】 |
| 2　麻しん(はしか) | 12　熱性けいれん　【　ない・ある　】　【初回　　歳　　か月、最後　　歳　　か月　　　、これまで　 　 回 】　【坐薬の指示は　ない・ ある　】 |
| 3　水痘(みずぼうそう) |
| 4　風しん(三日ばしか) |
| 5　咽頭結膜熱(プール熱) |
| 6　流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | 13　アレルギー【　ない・ある　】　□牛乳　□卵　□牛肉　□そば　□大豆　□小麦　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| 7　百日咳 |
| 8　ヘルパンギーナ |
| 9　手足口病 | 14　その他　【具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 10　喘息・喘息様気管支炎 |
|  |
| **予防接種**(これまで受けた予防接種に○を付け、【　】に回数を記入してください。) |
| 1　ＢＣＧ　済・未　 | 2　ポリオ　済【　回】・未 | 3　三種混合　済【　回】・未 |
| 4　四種混合　済【　回】・未 | 5　ヒブ　済【　回】・未 | 6　小児肺炎球菌　済【　回】・未 |
| 7　麻しん・風しん　済【　回】・未 | 8　日本脳炎　済【　回】・未 | 9　ロタ　済【　回】・未 |
| 10　水痘　済【　回】・未 | 11　おたふく風邪　済【　回】・未 | 12　B型肝炎　済【　回】・未 |
| 13　ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ済【　回　最終接種日　年　月　日】・未 |

家族の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏　　　名 | 生年月日 | 勤　務　先 | 連　絡　先　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

市町村記入欄　　　　　　　　　　台帳番号：　　　　　台帳登録日：