**病児保育利用登録申込書**

記入日　　令和　　年　　月　　日

申請者名　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録児童 | 児童氏名（ふりがな） | 　　　愛　称 | 性　別 | 血液型 | 　　　　生年月日 |
|  |  | 男・女 | 　　　型ＲＨ（＋・－） | 　　　／　　／（　　歳　　ヶ月） |
| 自宅住所（〒　　　－　　　　）自宅電話番号　　　（　　　）　　　　　　　　　　　自宅FAX番号　　　　（　　　） |
| 　　児童の兄弟姉妹 | 　　　歳（男・女）　　　歳（男・女）　　歳（男・女） |
| 　　　通園施設 | （　　　　）市町村（　　　　）幼稚園・保育園 | 電話　　（　　　） |
| 　　かかりつけ医 | （　　　　　　　　）医院・病院　　（　　　　　　　）先生 |
| 保護者・緊急連絡先 | 父 | フリガナ |  | e-mail | 無・有（　　　　　　＠　　　　　） |
| 氏名　 | （　　　年　　月　　日生　　　歳） | 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 携帯電話 | 　　　 | 勤務先電話 |  |
| 母 | フリガナ |  | e-mail | 無・有（　　　　　　＠　　　　　） |
| 　氏名 | （　　　年　　月　　日生　　　歳） | 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 携帯電話 |  | 勤務先電話 |  |
| 健康保健 | 種類（社保・国保・共済・その他）記号　　　　番号　　　　　保険者名（　　　　　　　　） |
| これまでにかかった主な感染症や病気　　―かかった病気に○をつけてください― |
| １．突発性発疹　２．はしか　３．風疹　４．水ぼうそう　５．おたふくかぜ　６．アトピー性皮膚炎７．熱性けいれん（回数　　回）＊最後はいつですか　　　年　　月　　日（座薬の指示　有・無）８．喘息及び喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ）　９．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入　院 | 　なし・ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 発育　　　 | 首がすわる（　）ヶ月　　寝返り（　）ヶ月　　お座り（　）ヶ月　　はいはい（　）ヶ月つかまり立ち（　）ヶ月　独り立ち（　）ヶ月　歩行（　）ヶ月　　始語（　）ヶ月　生歯（　）ヶ月 |
| アレルギー　 | 　ない・ある（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 好きな食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　）嫌いな食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）食べ方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）飲み方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 好きな遊び（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）苦手な遊び（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 午睡時間（　　 | ：　　　～　　　：　　　）　寝かせ方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | お子様の体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。 |

　　＊１．この申請書による事業の利用登録期間は、当該年度の末日までです。

　　＊２．この申請書の内容に変更があった場合は、お知らせ下さい。