

## 八幡浜市病児・病後児保育事業 利用登録申請書

登録番号					令和 8 年 月 日 記入			
ふりがな 児童氏名			男 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)			
住 所	〒 八幡浜市				自宅TEL			
保護者 連絡先	氏名		続柄	勤務先名		緊急連絡先（携帯等）		
兄弟姉妹	歳（男・女）		歳（男・女）		歳（男・女）		歳（男・女）	
通所施設	( ) 保育所・幼稚園・小学校 ( 年 組) ・その他							
かかりつけ医	病院名				TEL			
協力医（みかんこどもクリニック）受診歴			有・無					
健康保険証	記号		番号		保険者番号			
出生時の状況	出生時体重		g		妊娠週数		週	
発育・発達	発育・発達で気になることはありませんか？（言葉の遅れなど）							
	気になることはない ・ 少し遅れていると思う ・ わからない ( )							
予防接種	H i b（ヒブ） 未・1回・2回・3回・追加				五種混合1期 未・1回・2回・3回・追加			
	小児肺炎球菌 未・1回・2回・3回・追加				BCG 未・済			
	B型肝炎 未・1回・2回・3回				麻しん・風しん 未・1期・2期			
	ロタウイルス 未・1回・2回・3回				水痘 未・1回・2回			
	四種混合1期 未・1回・2回・3回・追加				日本脳炎 未・1回・2回・3回・4回			
	その他の予防接種 ( )							
感染症歴	<input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 風しん（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 百日咳				<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> B型肝炎（キャリアーで ある・ない） <input type="checkbox"/> その他 ( )			
熱性けいれん	無 ・ 有（初回： 歳 か月 最終： 歳 か月） これまでに 回							

※ 裏面にもご記入ください

児童氏名				
これまでの 病気	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
入院歴	無 ・ 有	病名（ ） 歳 カ月 病名（ ） 歳 カ月 病名（ ） 歳 カ月		
常時服用 している薬	無 ・ 有	病名（ ） 薬の名称（ ） 内服時間・薬の飲ませ方（ ）		
アレルギー	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	除去食 無 ・ 有（ ） <small>※登録時に「アレルギー除去食に関する連絡書」（コピー可）を提出してください。          更新された場合は、利用時に最新のものが必要となります。</small>			
昼 寝	無 ・ 有 （約 時間／日 寝る時のくせなど： ）			
その他	<u>保育上配慮して欲しいこと、注意が必要なこと等があれば記入してください。</u>			
送迎利用	送迎の利用希望 （ あり ・ なし ） ※施設利用2回目から利用可能です			