

様式第1号（第9条関係）

（表）

病児及び病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

保護者 住所
氏名
電話

病児及び病後児保育事業を利用したいので、ふじみ野市病児及び病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり登録を申請します。

なお、記入した個人情報等の記入事項を、実施施設及び医療機関に提供することを承諾します。

1 利用を希望する児童

児童氏名 (フリガナ)	性別	生年月日 (年 月 日 (歳 か月)	在籍施設名

2 利用を希望する実施施設名

(1)	(2)
(3)	(4)
(5)	

3 家庭の状況等

保護者氏名		携帯電話番号		勤務先名と電話番号	
父				(— —)	
母				(— —)	
兄弟姉妹	(歳)	(歳)	(歳)		
連 繫 先 急	①	氏名		続柄	
		勤務先名		電話番号	
	②	氏名		続柄	
		勤務先名		電話番号	
かかりつけ医療機関名				電話番号	
備考					

※この登録申請書は、病児及び病後児保育事業を利用する場合に備え、ふじみ野市長、実施施設及び医療機関が事前に児童の状況を把握するためのものです。

※登録内容に変更があった場合や事業を利用する必要がなくなった場合は、その旨を届け出てください。

※緊急連絡先には、児童の体調不良などの際にお迎えに来ることができる方の連絡先を、2か所記入してください。

※裏面に、児童の状況を記入してください。

(裏)

児 童 の 状 況

児童氏名

成 育 歴	妊娠中の異常	なし・あり()
	出生時期	予定通り・()日早かった・遅かった(在胎 週)
	出生時の異常	なし・あり()
	栄養法	母乳・人工・混合(離乳食摂取期間 か月～ か月)
	出生時の体重() 首のすわり(か月) おすわり(か月) ひとり歩き(か月) 人見知り(か月) 母親の後追い(か月) 意味のある言葉の発語(歳 か月)	
既 往 歴	突発性発疹 麻疹(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑(りんご病) 熱性けいれん ぜんそく 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他()	
予 防 接 種	ポリオ	未接種・1回・2回(生・不活化)
	四種混合(三種混合)	未接種・1回・2回・3回・追加
	日本脳炎	未接種・1回・2回・追加
	BCG	未接種・済(年 月)
	ヒブ	未接種・1回・2回・3回・追加
	小児用肺炎球菌	未接種・1回・2回・3回・追加
	麻疹・風疹(MR)	未接種・1期・2期
	水痘	未接種・初回・追加
	その他	()
食 品	制限されている食品名	全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 そば粉 その他() 特になし
そ の 他	※体質(薬物アレルギー等)、くせ等心配なことや配慮してほしい事項	