第２号様式（第13条関係）

別海町病児保育事業利用申込書

年　　　月　　　日記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　　用　　児　　童 | 児童氏名（ふりがな） | | | | | 愛　　称 | | 性別 | | 生　年　月　日 | | |
|  | | | | |  | | 男　女 | | 年　　　月　　　日  （　　　　歳　　ヵ月） | | |
| 保護者氏名（ふりがな） | | | | | 入所保育園等（平日に通っている保育園等） | | | | | | |
|  | | | | | 保育園・幼稚園  　　　　　　　　　　　（担当保育士：　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 自宅住所（〒　　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　　父　携　帯：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母　携　帯：  自宅電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号： | | | | | | | | | | | |
| 健康保険番号 | | | 血液型 | 平熱 | | かかりつけ病院 | | | | 父母以外の緊急連絡先 | |
|  | | | 型  （Ｒｈ　　） | ℃ | | 電話番号 | | | | 氏名　　　　　　　続柄  電話番号 | |
| 申込理由 | □　就労　　□　その他 | | | | | | | | | | |
| 児童の健康と成育の様子 | | | | | | | | | | | | |
| 既往症 | □　はしか　　（　　　　歳)  □　おたふく　（　　　　歳)  □　水ぼうそう（　　　　歳）  □　風疹　　　（　　　　歳）  □　その他 | | | | 予防接種 | □　ＢＣＧ □　麻疹・風疹混合（1・2）  □　おたふく（1・2）　　　 　　□　Ｂ型肝炎（1・2・3）  □　水ぼうそう（1・2） □　ヒブ（1・2・3・追加)  □　肺炎球菌（1・2・3・追加） □　日本脳炎（1・2・追加）  □　四・五種混合(1・2・3・追加) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 健康診断 | ４ヵ月児健診 | | 受診　・　未 | | 健診で指導を受けた事柄があれば記入してください。 | | | | | | | |
| １歳６ヵ月児健診 | | 受診　・　未 | |  | | | | | | | |
| ３歳児健診 | | 受診　・　未 | |
| 健康の様子 | 体　質　的　な　も　の | | | | | | | | 習　性 | | | |
| □　じんましん　　　　□　自家中毒　　　　　□　脱腸  □　水いぼ　　　　　　□　脱臼　　　　　　　□　耳だれ  □　しっしん　　　　　□　偏食　　　　　　　□　扁桃腺肥大  □　転びやすい　　　　□　下痢しやすい　　　□　風邪をひきやすい | | | | | | | | □　発音が不自由  □　チック  □　頻尿 | | | □　便秘  □　夜尿 |
| アレルギー | □　食品のアレルギー　　食品名：　　　　　　　　　　　　　　　　症状：  □　食事制限　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □　薬品のアレルギー　　薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　症状：  □　その他のアレルギー　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 治療中の病気や特に注意することはありますか。 | | | | | | | | | | | | |
| 事業者様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  上記のとおり相違ありませんので、病児保育事業を利用したく申請します。  また、この利用申込書を実施施設で使用すること及び町に対し、実施施設から利用年月日、病名その他の利用状況の報告をすることに同意します。  　　　　　　　　　　　　申込者　　（保護者）氏名 | | | | | | | | | | | | |

裏面へつづく

（第２号様式　裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 周産期 | ・妊娠中の異常　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・出産時の異常　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・出生時の体重　(　　　　　　　ｇ) | |
| 乳幼児の発達 | ・首のすわり　　　　ヵ月  ・お座り　　　　　　ヵ月  ・一人歩き　　　　　ヵ月 | ・授乳方法　　　母乳　・　人工　・　混合  ・離乳食開始時期  前期　　　ヵ月　・　　中期　　　ヵ月　・　後期　　　ヵ月  ・幼児食開始時期　　　　　　歳　　　ヵ月 |
| 既　　往　　歴 | 下記の既往歴がある方はご記入ください。 | |
| □　ひきつけ　　　　　歳　　　ヵ月　→　最後に起こしたのは　　　　　　年　　　　月  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬：　なし　・　ある（薬名　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □　熱性けいれん　　　歳　　　ヵ月　→　最後に起こしたのは　　　　　　年　　　　月  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬：　なし　・　ある（薬名　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □　喘息　　　　　　　歳　　　ヵ月　→　毎日薬を飲んでいる　・　発作時のみ　(薬名　　　　　　　)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　毎日吸入をしている　・　発作時のみ　(薬名　　　　　　　) | |
| □　アトピー性皮膚炎　　症　　状：  　　　　　　　　　　　　治療内容： | |
| 生　活　状　況 | ・好きな遊び  ・性　　　格  ・睡　　　眠　　就寝時間　　　　時頃　・　起床時間　　　　時頃  ・午　　　睡　　寝つき　良い　・　悪い　　　一人で　・　添い寝　・　抱っこ  ・普段の生活  6時　　　　　　　　　　　　　 　　12時　　　　　　　　　　　　　　　18時　　　　　　21時   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |   △：起床　　○：食事　　◎：おやつ　　□：就寝　　　　　　：保育園等で過ごす  ・その他、生活についての注意点をお知らせください。 | |
| 食　事 | ・一人で　□　食べられる　　スプーンを使う　・　はしを使う  　　　　　□　食べられない  ・好きな食べ物(　　　　　　　　　　　　　　　　)・嫌いな食べ物(　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 排　泄 | ・排泄方法　□　オムツ　　□　トレーニングパンツ　　□　出たら知らせる　　□　自立  ・大便　　　１日　　　回（□　午前　　時頃　　　□　午後　　時頃　　　□　決まっていない　）  ・小便　　　間隔は何時間おきくらいですか（　　　　時間）  ・おねしょ　□　する　　　□　しない　　□　ときどきする | |
| その他、お子さんに関して注意してほしいことはありますか。 | | |