

記入例

様式第1号(第8条関係)

東白川村病児・病後児保育事業利用登録申請書

平成28年 4月 30日

東白川村長 様

利用者氏名 **白川太郎** 白川
(保護者氏名)

住 所 東白川村 神土0000-00

電話番号 0574-78-0000

携帯電話 090-0000-0000

ふりがな	しろうかわこう 白川剛	男	生年月日 平成 24年 1月 5日生
お子さんの氏名		女	4歳 8箇月
保 護 者 ※	父	氏名 白川太郎 (32歳)	お子さんの愛称 ごうくん
	母	氏名 白川恵子 (30歳)	
	自宅住所 (〒 509 - 1302) 岐阜県加茂郡東白川村神土548		
	自宅電話 0574 - 78 - 0000		
兄弟姉妹	光(兄)		
職 業	父	公務員	母 看護師
緊 急 連 絡 先	父	1(電話 0574-78-0000 勤務先 0574-78-0000)	携帯可
		2(電話 090-0000-0000 勤務先 0574-78-0000)	
	母	1(電話 0574-78-0000 勤務先 0574-78-0000)	携帯可
		2(電話 090-0000-0000 勤務先 0574-78-0000)	
保育園等名	みつば保育園 電話 0574-78-2108		
家庭医名	東白川村国保診療所 〇〇〇〇 電話 0574-78-2023		
周 産 期	妊娠中の異常 (なし ・ あり)		
	出産時体重 _____ g		
	出産は (予定通り ・ 日早かった ・ 遅かった (在胎 _____ 週))		
	出産時の異常 (なし ・ あり)		
乳 児 期 の 発 達	首のすわり: 4 箇月 おすわり: 6 箇月 一人歩き: 11 箇月		
	栄 養 法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合)		
	離乳食開始時期(前期: 5 箇月 中期: 7 箇月 後期: 9 箇月 幼児食: 1 年 1 箇月)		
	人見知り: 6 箇月 母親の後追い: _____ 歳 9 箇月 初語(意味のあることば): 1 歳 2 箇月		
予 防 接 種	母子健康手帳の写しを添付してください。 (利用登録申請の際に手帳をご持参ください。保育園又は、教育委員会でコピーさせていただきます。)		
感 染 症 歴	は し か:	1 歳 箇月	水 ぼうそう: 1 歳 6 箇月
	百日せき:	歳 3 箇月	おたふくかぜ: _____ 歳 _____ 箇月
	B型肝炎:	歳 _____ 箇月	(キャリアでない ・ ある)
	その他(具体的に):		

(※) 保護者自宅住所及び電話番号は、利用者氏名と同一の場合は記載しなくても構いません。

これまでの病気	熱性けいれん：初回 歳 箇月最後は 歳 箇月（これまでに 回）	
	ぜん息 ぜん息様気管支炎	毎日 薬を飲んでいる・ いない ・発作時だけ 毎日 吸入療法している・ いない ・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない ・ある（治療は 内服薬・食事療法）
	その他の病気 （具体的に）	
	入院したこと	ない あるいはある（病院 歳 箇月） （病院 歳 箇月） （病院 歳 箇月） （病院 歳 箇月）
常時内服している薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 （内服時間も記入してください）	
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。 特にありません	
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことなどをお書きください。 特にありません	
	障がい者手帳など（ ※ ）	

**（※） 障がい者手帳などは、手帳の写しを添付してください。
（手帳の写しは、申請書提出時に保育園又は教育委員会でコピーをいただきます。）**

登録番号

--	--	--