

大磯町病後児保育事業利用登録書

年 月 日

（宛先）大磯町長

病後児保育を利用したいので、次のとおり登録を申込みします。

		年度	登録番号
フリガナ		生年月日	年 月 日
児童氏名	男・女		
住 所	〒 - 電話番号： ()		
申請者 (保護者)	フリガナ	携帯電話	()
	氏 名	勤務先	電話番号： ()
通園施設	施設名：	電話番号：	()
かかりつけ医	医療機関名： 担当医：	電話番号：	()
生育歴	出生時体重 (g) 在胎週数 (週) 妊娠中や出産時の異常 なし・あり ()		
予防接種 (あてはまるものに○)	ポリオ (生ワクチン：未・1回・2回 不活化：未・1回・2回・3回・追加)		
	4種混合 (未・1回・2回・3回・追加)	3種混合 (未・1回・2回・3回・追加)	
	MR 麻しん・風しん混合 (未・1回・2回)	日本脳炎 (未・1回・2回・追加)	
	B C G (未・済)	ヒ ブ (未・1回・2回・3回・追加)	
	肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・追加)	水ぼうそう (未・1回・2回)	
	おたふくかぜ (未・1回・2回)	その他 ()	
既往歴 (かかった病気に○)	突発性発疹 麻しん (はしか) 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 アトピー性皮膚炎 喘息 喘息性気管支炎 熱性けいれん (初回 年 月 日、直近 年 月 日、過去 回) その他 () 入院の経験 なし・あり (病名： 歳 か月のとき) (病名： 歳 か月のとき)		
常時服用の薬	なし・あり (具体的に：)		
アレルギー	なし・あり (食物： その他：)		
除去食品	なし・あり ()		
普段の様子 (あてはまるものに○)	体重	kg	
	食事	母乳・ミルク・離乳食 (初期・中期・後期・完了期)・普通食	
	排泄	尿 1日平均 回 便 1日平均 回 (普通・硬め・軟らかめ) おむつ (教える・教えない) ・ トレーニングパンツ ・ 自立	
	睡眠	夜 時 分～朝 時 分 お昼寝 時 分～ 時 分	
	行動	寝返りする・座る・はう・立つ・伝い歩き・歩行自由	
その他	伝えておきたいことがありましたらご記入ください		

※この申請書の有効期限は、 年3月31日です。それ以降に利用する場合は、再度提出してください。