様式第1号（第10条関係）

# 年度病後児保育事業利用登録台帳

| 承諾番号 |
|---|
| |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 申込児童 | ふりがな | | 生年月日 | 年　月　日生 | 年齢 | 性別 |
| | 氏名 | | | | 歳 | 男・女 |
| | 入所施設（平日に通っている施設） | 保育所（園）（担当保育士　　） | | 兄弟姉妹の状況 | | |
| | | | | 無 ・ 有 （ 兄 姉 弟 妹 ） | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保護者 | 住所 | | （電話　　） | | |
| | 父 | 氏名 | | 勤務先名称 | |
| | | 携帯電話番号 | | 勤務先住所/電話 | （電話　　） |
| | 母 | 氏名 | | 勤務先名称 | |
| | | 携帯電話番号 | | 勤務先住所/電話 | （電話　　） |

○児童の健康等調査票

| | | | |
|---|---|---|---|
| 既往症 | □突発性発疹　□風疹<br>□はしか　□中耳炎<br>□おたふく　□その他<br>□水ぼうそう　（　　） | 予防接種 | □ロタ（ロタリックス 1・2 又は ロタテック1・2・3）<br>□肺炎球菌（1・2・3・4）　□B型肝炎（1・2・3）<br>□BCG　□日本脳炎（1・2・3）<br>□四種混合（1・2・3・4）　□ヒブ（1・2・3・4）<br>□五種混合（1・2・3・4）＊4種混合＋ヒブと同等<br>□麻疹・風疹混合(1・2)　□水ぼうそう |
| 障害者手帳 | □持っていない　□持っている（　　級） | | |
| 療育手帳 | □持っていない　□持っている（A・B） | | |

| | |
|---|---|
| 今までに受けた健診 | □1か月児　□乳児前期(3～6か月)　□乳児後期(7～11か月)　□1歳6ヵ月　□3歳 |
| 健診や入所施設等から発達の課題（体格や発達の遅れや偏り、多動・衝動性・不注意、コミュニケーションの苦手さ、言葉の遅れなど）について助言を受けたことがありますか？またご家庭で気になる行動はありますか？ | □ない　□ある　（診断名や気になること:　　） |
| 治療中の病気や定期的に経過を見ていることはありますか？ | |
| ひきつけを起こしたことがありますか？ | □ない　□ある　（どういうとき？:　　）<br>（どうしますか？:　　） |
| アトピー性皮膚炎 | □ない　□ある　（どんな症状ですか？:　　） |
| その他アレルギー | □ない　□ある　（どんな症状ですか？:　　） |
| 食事制限 | □ない　□ある　（食物名:　　） |

| | | |
|---|---|---|
| 食事 | 一人で | □食べられない　□食べられる（□ スプーンを使う　□ はしを使う） |
| | 好きなもの | （　　） |
| | 嫌いなもの | （　　） |
| | 配慮が必要なこと | （　　） |
| 睡眠 | ・睡眠時間 ： 時 分 ～ 時 分 | ・昼寝　□する（　時間位）　□しない |
| | ・寝る時のくせなどがありましたら、ご記入ください。（　　） | |
| 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 |
| 好きな遊び | | |
| その他お子さんに関して注意して欲しいことなどがありますか？ | | |

帯広市長　　様

上記のとおり相違ありませんので、病後児保育事業を利用したく、申込みます。
また、実施施設において病後児保育事業以外の事業を利用する場合は、実費を負担することに同意します。

申込者氏名
年　月　日　（保護者）