

## 病後児保育利用登録申請書

令和 年 月 日				
(申請先) 石巻市長 (病後児保育実施施設長)				
(保護者) 住所 氏名 電話 ( )				
病後児保育を利用したいので、次のとおり登録します。				
ふりがな		男・女	生年	年 月 日
児童氏名			月日	( 歳)
家 族 の 状 況	氏名	続柄	勤務先	緊急連絡先・連絡電話番号
父親の勤務時間 時 分～ 時 分			母親の勤務時間 時 分～ 時 分	
在籍保育園・幼稚園	名称	電話番号		
健康保険	記号 番号 保険者番号			
主治医	医療機関名	電話番号		
	医師名			
児童の平常の健康状態	良好 かかりやすい病気 ( )			
これまでにかかった主な病気				
アレルギー 特になし ある (原因物質 ) 食事制限の必要 あり なし				
常 時 内 服 し て い る 薬	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬があれば、具体的にお書きください。			

## 児童の状況

<p>周産期</p>	<p>・妊娠経過 1. 正常 2. 妊娠中毒 3. 切迫流早産 4. 貧血 5. 悪阻 6. 前置胎盤 7. 胎盤早期剥離 8. その他 ( )</p> <p>・分娩経過 1. 正常 2. 骨盤位 3. 吸引鉗子分娩 4. 遅延分娩 5. 帝王切開 6. 陣痛促進剤 7. その他 ( )</p> <p>・出生時体重 g</p>		
<p>発育状況</p>	<p>栄養 ( 母乳 人工 混合 ) 現在の飲む回数 回 量 (一回分)</p> <p>離乳食開始</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一回食 ケ月</li> <li>・二回食 ケ月</li> <li>・三回食 ケ月</li> <li>・乳児食 歳 ケ月</li> </ul> <p>牛乳 (断乳) 完了 末</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・首のすわり ( )</li> <li>・おすわり ( )</li> <li>・一人歩き ( )</li> </ul> <p>※上記が可能になった時期を記入してください。</p>	
<p>予防接種</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポリオ ( 1回 2回 )</li> <li>・麻疹 (はしか)</li> <li>・水痘 (みずぼうそう)</li> <li>・流行性耳下腺</li> </ul> <p>※接種したものに○をしてください。不明な場合はそれぞれの項目の下に不明とお書きください。</p>		
<p>その他健康の留意点</p>			

## 予防接種履歴

BCG	未 ・ 済
ポリオ（生ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ（単独・不活化ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
〔・麻しん単坑原〕	〔未 ・ 第1期 ・ 第2期〕
〔・風しん単坑原〕	〔未 ・ 第1期 ・ 第2期〕
日本脳炎	未 ・ 第1期 ・ 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウィルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回