　第１号様式（第８条関係）

（表）

鴨川市病児保育事業利用登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（宛て）

　鴨川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（自宅）　　　（　　　）

　病児保育事業を利用したいので、鴨川市病児保育事業実施要綱第８条第１項の規定により、次のとおり利用の登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | | | | | 性  別 | | | 男・女 | 生年月日  平成・令和　　年　　月　　日 | | | |
| 児童氏名 | | |  | | | | | | |
| 愛称 | | |  | | | | | | |
| 体重 | | | g・㎏ | | | | | | | 身長 | | | | cm | | | |
| 通学（園）施設名 | | | | | | | 認定こども園・保育園・幼稚園・小学校  　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | | |
| かかりつけの医療機関名 | | | | | | | 電話　　　　（　　　） | | | | | | | | | | |
| 保  護  者 | 氏名 | | | | | | | 続柄 | 勤務先 | | | | | | 緊急連絡先 | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | |  | | |
| 健康  保険 | 記号 | | | | | | | | | | 番号 | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | | | | | | 健康保険名称 | | | | | | |
| 好きな寝方 | | | | □添い寝　□ひとり寝　□抱っこ　□仰向け　□うつぶせ　□横向き  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 生まれた頃の様子 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 周  産  期 | | 妊娠中の異常 | | | | □有　□無 | | | | | | | 出生時の体重 | | | | （　　　　）ｇ |
| 妊娠週数 | | | | （　　　　）週 | | | | | | | 出生時の身長 | | | | （　　　　）㎝ |
| 分娩異常 | | | | □有　□無 | | | | | | |  | | | |  |
| 予防接種の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □四種混合 | | | | | １・２・３・追加 | | | | | | | □三種混合 | | | | １・２・３・追加 | |
| □二種混合 | | | | |  | | | | | | | □ポリオ | | | | １・２・３・追加 | |
| □ヒブワクチン | | | | | １・２・３・追加 | | | | | | | □日本脳炎 | | | | １・２・追加 | |
| □肺炎球菌 | | | | | １・２・３・追加 | | | | | | | □水痘（みずぼうそう） | | | | １・２ | |
| □麻しん風しんワクチン | | | | | １・２ | | | | | | | □BCG | | | |  | |
| □流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | | | | | | | | | | | | １・２ | | | | | |

（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生まれつきの病気・障害など | | |
| 病名 |  | |
| 障害名 |  | |
| 身体障害者手帳 | □ない　□ある  種類は、（　　　　　　　　　　手帳　　　級） | |
| 療育手帳 | □ない　□ある  等級は、（□１　□２　□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２) | |
| 医療的ケア | □ない　□ある  内容は、（□経管栄養　□導尿　□喀痰吸引  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） | |
| 既往歴 | | |
| □突発性発しん　□麻しん（はしか）　□風しん（３日ばしか）□水痘（みずぼうそう）　　□手足口病　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□りんご病  □百日せき　□咽頭結膜炎　□てんかん　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 熱性けいれん | | □ない　□ある　　これまでに（　　回）  初回（　　歳　　か月）　最後（　　歳　　か月） |
| 喘息 | | □ない　□ある  □薬を毎日飲んでいる　□発作時だけ飲んでいる　□飲んでいない |
| 喘息様気管支炎 | | □ない　□ある  □吸入療法を毎日している　□発作時だけしている　□していない |
| アトピー性皮膚炎 | | □ない　□ある  治療は、（□内服薬　□食事療法） |
| 入院したこと | | □ない　□ある  （病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　か月）  （病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　か月） |
| 薬アレルギー | | □ない　□ある（薬剤名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食物アレルギー | | □ない　□ある（食品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 常時服用している薬 | | □ない　□ある |
| その他 | | |
| 体質やくせなど、心配なこと、配慮してほしいことなどについて具体的にお書きください。 | | |