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。 |