

病児・病後児保育事業事前登録申請書

受付印

FAX済
 入力済

令和6年度

登録番号 ()

(あて先) 八代市長
 令和 年 月 日
 下記のとおり病児・病後児保育事業の登録を申請します。
 住 所 八代市
 保護者氏名
 電話番号 () -

ふりがな	性別	生年月日	愛称
児童氏名	男・女	平成・令和 年 月 日	

就園先 保育園・幼稚園・小学校・自宅

緊急連絡先	父	氏名	勤務先
		TEL	TEL
	母	氏名	勤務先
		TEL	TEL

乳児期の発達
 ・首のすわり(月) ・おすわり(月) ・発達の遅れ(疑いあり・なし)
 ・一人歩き(月) ・栄養法(母乳・人口・混合)
 ・離乳食開始時期(前期: 月)(中期: 月)(後期: 月)
 ・人見知り(月) ・後追い(月) ・発語(意味のある言葉)(月)

予防接種歴	ヒブ	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済
	小児用肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済
	日本脳炎	未・1回目済・2回目済・追加済
	ロタウイルスワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済
	口三種 口四種 混合	未・1回目済・2回目済・3回目済・追加済
	MR(麻疹・風疹)	未・1回目済・2回目済
	おたふく	未・1回目済・2回目済
	水痘	未・1回目済・2回目済
	B C G	未・済
	B型肝炎	未・済
	新型コロナワクチン	未・済
	インフルエンザワクチン	未・済

上記以外で受けたことのある予防接種→
 病歴及び感染症
 ○おたふく(耳下腺炎・ムンプス) 歳 月
 ○水痘(みずぼうそう) 歳 月
 ○はしか(麻疹) 歳 月
 ○風疹 歳 月
 ○突発性発疹 歳 月
 ○喘息 (有・無)
 ○アトピー性皮膚炎 (有・無) — 治療法(内服薬・食事療法・その他)
 ○アレルギー (有・無) [種類:]
 ○常時内服薬 (有・無) [内服薬名・時間]
 ○肝炎のキャリアーである場合のみ記入: 型・病院受診(済・未)
 ○入院歴 (有・無) [病名及び時期:]
 ○熱性痙攣 (有・無) [初回 歳 月、これまでに 回、最後は 歳 月]
 ※その他かかったことがある感染症→

食事 ※アレルギーのある食品や偏食、嫌いな食べ物等があれば、具体的に記入してください。

その他 心配なこと・配慮してほしいことについて具体的に記入してください。
 (生まれつきの病気や癖、発達の状況など)