令和　　年　　月　　日

# 病児・病後児保育事業登録申請書

実施施設長　様

申請者　　住所

（保護者）　氏名

児童との続柄（　　）

電話番号　　－　　－

出水市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

なお、出水市病児・病後児保育事業の登録及び利用に係る個人情報について、実施施設と出水市で共有されることに同意します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| （ふりがな）<br>児童氏名 | | 生年月日<br>（年齢） | 年　　月　　日<br>（　　歳　　か月） |
| 保育所等の名称 | 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校 | | |

| 保護者連絡先 | | | |
|---|---|---|---|
| （ふりがな）<br>保護者氏名 | | 勤務先名 | |
| | | 携帯番号 | －　　－ |
| （ふりがな）<br>保護者氏名 | | 勤務先名 | |
| | | 携帯番号 | －　　－ |

| 家族構成（利用児童・保護者を除く。） | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | 年齢 | 氏名 | 年齢 |
| | | | |
| | | | |

| 保護者以外連絡先（※保護者に連絡がつかない場合の連絡先） | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | | 電話番号 | －　　－ |
| 氏名 | | 電話番号 | －　　－ |
| 氏名 | | 電話番号 | －　　－ |

（裏面）

| 出水市病児・病後児保育事業利用申込書（児童連絡事項記入欄） | |
|---|---|
| 出生時の記録 | 身長（　　）cm　体重（　　）g　未熟児（胎児週数　　週） |
| 栄養の様子 | 哺乳方法：母乳　か月まで　・　混合　・　人口　・　離乳開始　か月 |
| 出生時の状態 | 異常なし　・あり（仮死・けいれん・黄疸・保育器・光線両方・代謝異常） |
| 発達の様子 | 首の座り　か月　あやすと笑う　か月　寝返り　か月<br>ひとり座り　か月　人見知り　か月　はいはい　か月<br>つかまり立ち　か月　つたい歩き　か月　ひとり立ち　か月<br>ひとり歩き　か月　歯の生えはじめ　か月 |
| かかった病気 | 1 突発性発疹　2 はしか　3 風疹　4 水ぼうそう　5 おたふくかぜ 6 食物アレルギー<br>7 熱性けいれん（　回、最後：　年　月　日、座薬の指示　℃以上・無）<br>8 アトピー性皮膚炎<br>9 喘息および喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ、吸入したこと 有・無）<br>10 その他（　） |
| おこしやすい病気 | 鼻出血　・　下痢　・　じんましん　・　アトピー性皮膚炎　・　喘息　・　鼻炎<br>中耳炎　・　脱臼　・　その他（　） |
| 入院したこと | なし・あり　（病名：　歳　か月）<br>（病名：　歳　か月）（病名：　歳　か月） |
| 常時内服している薬 | なし・あり（内服薬の名前：　回数：　） |
| 常時使用している軟膏・吸引薬 | なし・あり（軟膏の名前：　回数：　）<br>（吸入薬の名前：　回数：　） |
| 食事 | スプーン　・　はし　・　哺乳びん　・　マグマグ　・　ストロー　・　コップ |
| 食欲 | 偏食　あり（　）　・　なし |
| 食物アレルギー | あり（　牛乳　・　卵　・　肉　・その他：　）・なし |
| その他のアレルギー | |
| 除去食 | |
| 喘息 | あり（　歳より、発作の回数　回、入院歴：　あり　・　なし　）　・　なし |
| 離乳食 | 1日（　回…朝　・　昼　・　夜）　ごっくん　・　モグモグ　・　カミカミ |
| 睡眠 | 1日（　時間）　午睡：する（1日　時間）　・しない |
| 排泄の自立 | 自分で排尿…　できる・できない（オムツ　・　オマル　・　自分で伝えてできる）<br>自分で排便…　できる・できない |
| くせ・性格 | |
| その他 | 心配なこと、配慮してほしいこと等ありましたら御記入ください |