

名護市病児保育事業登録申請書

令和 年 月 日

名護市長 殿

〒905-

申請者 住所:名護市

(署名) 氏名: _____ 印

電話: _____ 続柄:

次のとおり名護市病児保育事業を利用したいので、登録の申請をします。

利用登録に必要な私および私の世帯員の課税状況等について、名護市職員が住民基本台帳および課税台帳を閲覧することを承諾し、又は、官公署に調査を嘱託することに同意します。

また、当該事業の実施施設へ登録者情報(登録申請書および利用料等)を提供することに同意します。

お子さんの名前	ふりがな			男・女	生年月日	平成		年		月		日	
	氏名				(年齢)	令和							
	愛称					(歳 か月)							
保育所または学校の名称			電話番号 ()										
世帯 の 状 況	氏名	児童との続柄	勤務先または学校名等					電 話					
								自宅又は携帯 ----- 勤務先等					
								自宅又は携帯 ----- 勤務先等					
								自宅又は携帯 ----- 勤務先等					
								自宅又は携帯 ----- 勤務先等					
								自宅又は携帯 ----- 勤務先等					
								自宅又は携帯 ----- 勤務先等					
緊急時連絡先		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と異なる場合は右側に記入			電話:		児童との関係:						
健康保険証	記号 _____ 番号 _____												
かかりつけの病院名	電話 _____												
	電話 _____												

※※ 裏面でお子さんの状態についてお聞きしていますので、裏面もご記入ください ※※

お子さんの状態についてお聞きします。(該当するものに○をつけ、又は記入して下さい。)

生育状況	・妊娠中及び出産時に何か異常がありましたか。 なし ・ あり () ・出生時の体重(g)、身長(cm) ・ お子さんの平熱は(℃)前後 ・現在の体重(kg)、身長(cm) ・ お子さんの癖、好きな遊び()					
予防接種	四 種 混 合	受けていない ・ 受けた(I期1回 2回 3回 II期)				
	三 種 混 合	受けていない ・ 受けた(I期1回 2回 3回 II期)				
	ヒ ブ	受けていない ・ 受けた(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)				
	小児用肺炎球菌	受けていない ・ 受けた(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)			B型肝炎	受けていない ・ 受けた
	B C G	受けていない ・ 受けた		生 ポ リ オ	受けていない ・ 受けた	
	は し か	受けていない ・ 受けた		MR (麻しん風しん)	受けていない ・ 受けた	
	水 ぼう そう	受けていない ・ 受けた		おたふくかぜ	受けていない ・ 受けた	
	日 本 脳 炎	受けていない ・ 受けた(1回 ・ 2回)		そ の 他		
これまでにかかった主な感染症	1 突発性発疹 2 はしか 3 麻しん 4 風しん 5 水ぼうそう 6 おたふくかぜ 7 手足口病 8 りんご病 9 百日咳 10 咽頭結膜炎 11 ヘルペンギーナ 12 結核 13 肝炎()型(キャリアでない ・ ある) 14 その他()					
これまでにかかった主な病気等	熱 性 け い れ ん	初回(歳) 以後()回反復 最終()年()月				
	喘 息	内服薬を継続的に飲んで(いない ・ いる 薬の名前)				
	喘 息 様 気 管 支 炎	自宅で吸入療法をして(いない ・ いる 薬の名前)				
	そ の 他 の 病 気 等 (具 体 的 に)					
入院したことがありますか	ない ・ ある		病名() 歳 か月			
			病名() 歳 か月			
常時内服している薬について	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る場合、薬の内容や内服時間などについて具体的にお書き下さい。					
アレルギー	アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について、具体的にお書き下さい。					
日頃の食欲	旺盛 ・ 普通 ・ 小食		食 事	一人で食べる ・ 一人で食べるがこぼす ・ 介助が必要		
偏 食						
排 泄	すべてオムツ ・ トイレトレーニング中 ・ 寝るときのみオムツ ・ 自立している					
そ の 他	お子さんの性格、体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことがありましたら具体的にお書き下さい。					
児童氏名:		児童生年月日:		年 月 日	—	