様式第１号（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

大田原市病児・病後児保育事業利用登録申込書

年　　月　　日

　大田原市長　様

申込者　住所

（保護者）

氏名

　大田原市病児・病後児保育事業の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | 生年月日 | | 登録時の年齢 |
| 児童氏名 | |  | | | | 年　　月　　日 | | 歳　　　か月 |
| 保育・就学状況  （在籍施設名） | | 電話番号 | | | | | | |
| ※  緊急連絡先 | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | 電話番号 | | 勤務先 | |
|  | |  | 歳 |  | | 電話番号 | |
|  | |  | 歳 |  | | 電話番号 | |
| 緊急連絡先※以外の同居家族 | 氏名 | | 続柄 | 年齢 | 電話番号 | | 勤務先 | |
|  | |  | 歳 |  | |  | |
|  | |  | 歳 |  | |  | |
|  | |  | 歳 |  | |  | |
|  | |  | 歳 |  | |  | |
|  | |  | 歳 |  | |  | |
| かかりつけ医 | | 医療機関名、医師名等 | | | | | | |
| 出産時の様子 | | 妊娠週数　（　　　　週）　体重　（　　　　　　ｇ）  分娩時の異常　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 乳幼児期の  発育 | | 首がすわる（ 未 ・　か月 ）　おすわり（ 未 ・　か月 ）  ひとり歩き（ 未 ・　か月 ）　人見知り（ 未 ・　か月 ）  親の後追い（ 未 ・　か月 ）　栄養法（ 母乳 ・ ミルク ・ 混合 ）  発語（意味のある言葉）（ 未 ・　歳　か月 ） | | | | | | |

（裏面へ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 既往歴  （○を付けて  ください。） | １　突発性発しん　２　麻しん（はしか）　３　風しん　４　水ぼうそう  ５　おたふくかぜ　６　アトピー性皮膚炎  ７　熱性けいれん（回数　　回、最終　　　年 　月　 日、座薬の指示　有 ・ 無 ）  ８　ぜん息及びぜん息様気管支炎　無・有（ 薬 ：毎日・発作時のみ・服用なし）  （吸入：毎日・発作時のみ・吸入なし）  ９　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 過去の入院歴 | 無　・　有 | （病名：　　　　　　　　　　　/　　歳　　か月）  （病名：　　　　　　　　　　　/　　歳　　か月） | |
| 常時服用している薬 | 無　・　有　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| アレルギー等食事制限 | 無　・　有　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 予防接種 | Ｂ型肝炎 | | 受けた ・ 受けていない |
| ロタウイルス | | 受けた ・ 受けていない |
| ヒブ | | 受けた（ １回　２回　３回　１期追加 ）・ 受けていない |
| 小児肺炎球菌 | | 受けた（ １回　２回　３回　１期追加 ）・ 受けていない |
| 三種・四種混合・ポリオ | | 受けた（ １回　２回　３回　１期追加 ）・ 受けていない |
| ＢＣＧ | | 受けた ・ 受けていない |
| ＭＲ(麻しん・風しん) | | 受けた ・ 受けていない |
| 水ぼうそう | | 受けた ・ 受けていない |
| おたふくかぜ | | 受けた ・ 受けていない |
| 日本脳炎 | | 受けた ・ 受けていない |
| その他 | 体質やアレルギー、成長・発達等の指摘を受けているか、心配なこと、配慮してほしいことを記入してください。 | | |
| 同意事項 | １　本申込書の写しを病児・病後児保育事業実施施設に提供すること。  ２　利用の際は、実施施設の指示を遵守すること。  ３　容体急変等緊急の場合には、施設の診療を受けること。その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。  ４　実施施設は、細心の注意をもって保育を行いますが、保育室内で乳幼児又は児童同士の感染が起こった場合は、当該実施施設は責任を負いません。 | | |
| 市税等の調査同意書 | | | |
| 同意欄 | 私は、大田原市病児・病後児保育事業の費用負担額の算定のため、私及び世帯員の課税状況を市が調査することに同意します。  　　　　　　　　　年　　　月　　　日  氏　名 　　　　　　　　　　　　　　　　① | | |
| ※市記入欄 | １　生活保護世帯　 　　２　市町村民税非課税世帯　 　　　３　その他の世帯 | | |