

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 | | |
| 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。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 _____ | | |
| ※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 |