

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

日 田 市 長 様

次のとおり、2019年度の病児・病後児保育事業の登録を申請します。

ふりがな 児童氏名	男 ・ 女	年 月 日	生まれ	満 歳		
		出生順位 : 第()子		愛称 : ()		
		血液型 :		型 (RH)		
住所						
〒 —						
保護者氏名			電話番号			
㊞ (続柄 :)			— —			
児童個人番号(12桁)			保護者個人番号(12桁)			
—			—			
緊 急 連 絡 先	連絡者(氏名)		電話番号		携帯電話	
	①	(続柄 :)		自宅・勤務先 — —		— —
				勤務先	(名称)	
			(所在地) 日田市			
	②	(続柄 :)		自宅・勤務先 — —		— —
				勤務先	(名称)	
			(所在地) 日田市			
	③	(続柄 :)		自宅・勤務先 — —		— —
				勤務先	(名称)	
			(所在地) 日田市			
入所施設(学校)名: 園・学校 TEL ()						
負担額算定のための課税状況の確認について			同意する ・ 同意しない			
※要望・連絡事項						

- 【注】
1. 負担金算定のための課税状況等の調査に同意されない場合、減免等を受けることができません。
 2. 課税状況等の調査の際に、書類を提出してもらった場合があります。
 3. 課税状況等に係る書類の提出がない場合、減免等を受けることができません。
 4. 年度ごとに登録申請が必要です。

かかりつけの病院	① 小児科 () Tel () -	⑤ 皮膚科 () Tel () -
	② 外科 () Tel () -	⑥ 耳鼻科 () Tel () -
	③ 眼科 () Tel () -	⑦ 整形外科 () Tel () -
	④ 内科 () Tel () -	⑧ その他 () Tel () -
睡眠	・睡眠時間 (時 分 ~ 時 分 時間 分) ・昼寝時間 (時 分 ~ 時 分 時間 分) ・寝る時の姿勢 特徴: あおむけ ・ うつぶせ ・ その他 () ・寝つき(寝かせ方) 良い ・ 悪い 癖 () ・寝起き 良い ・ 悪い 癖 ()	
その他	・性格 () ・好きな遊び () ・家庭で主に保育する人 () ・衣服の着脱: できる ・ できない ・好きな物 おもちゃ () 動物 () ・障がいの有無: 有 ・ 無	
既往歴	・突発性発疹 (オ) ・百日咳 (オ) ・おたふくかぜ (オ) ・水痘 (オ) ・アトピー性皮膚炎 ・麻疹 (オ) ・アレルギー性鼻炎 ・風疹 (オ) ・じんましん ・喘息 ・中耳炎 (オ) ・肺炎 (オ) ・ひきつけ (初回 歳)(最近 歳)(累計 回) ・けいれん (初回 歳)(最近 歳)(累計 回) ・その他 ()	食 事 状 況 ・母乳 ・人工乳 ・混合乳 (1日 回) ・規則的: (時間毎) ・不規則: ・離乳食 ・幼児食 ・普通食 ・おやつ (有 ・ 無) ・食事の方法 哺乳瓶 ・ スプーン コップ ・ 箸
	予 防 接 種 ・4種混合(期 回) (3種混合・ポリオ) ・MR ・BCG ・B型肝炎 ・水痘 ・おたふくかぜ ・日本脳炎 ・Hib(期 回) ・肺炎球菌(期 回)	排 泄 状 況 ・尿 → ・オムツを使用 ・トレーニング中 ・自立している (1日 回) ・便 → ・オムツを使用 ・トレーニング中 ・自立している (1日 回) (便秘 ・ 硬い ・ 普通 ・ 軟い ・ 下痢)
薬の使用	何が飲めますか? ・水薬 ・粉薬 ・錠剤 坐薬を使ったことがありますか? ・ある ・ ない [・解熱剤 ・吐き気止め ・けいれん止め ・その他()]	アレルギー ・ある (除去食) ・ ない [食物 () 薬物 () その他 ()]

※ 「かかりつけの病院」は、主に通院する病院を記入してください。

※ 「既往歴」・「予防接種」については、該当する項目を選択してください。
(年齢は、病気になった年齢を記入してください。)

※ 「排泄状況」でオムツを使用している児童については、施設では「紙オムツ」のみの使用となります。