

病児・病後児保育事業 児童情報

年 月 日

病児・病後児事業実施施設 様

※初回利用時及び内容に変更があった場合に提出が必要です。

<small>ふりがな</small> 児童氏名 -----	男 ・ 女	年 月 日	生まれ	満	歳	
		出生順位 : 第()子				
住所						
〒 —						
保護者氏名			電話番号			
(続柄 :)			— —			
緊急連絡先						
※2か所以上の記入をお願いします	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 ()					
	※要望・連絡事項					

【注】 減免制度について (大分県内在住で、下記に該当する方は利用料金が免除となります)

下記に該当する方は必要書類を提出してください。提出がない場合は、減免を受けることが出来ません。

生活保護世帯	生活保護受給者証又は診察依頼証
市町村民税非課税世帯	非課税証明

※非課税証明について

毎年9月以降は、最新の非課税証明が必要となります。下記の例を参考に提出してください。

～例～

R4.4月～R4.8月利用時・・・R3年度非課税証明 (R2年度所得)

R4.9月～R5.8月利用時・・・R3年度非課税証明

R5.9月～R6.8月利用時・・・R4年度非課税証明

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。