様式第１号（第７条関係）

鶴ヶ島市病児保育事業利用登録申請書

年　　月　　日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号

病児保育事業を利用したいので、鶴ヶ島市病児保育事業実施要綱第７条第１項の規定により、次のとおり登録を申請します。

なお、記入した個人情報等を実施施設に提供することを承諾します。

１　利用を希望する児童

児童氏名	性別	生年月日	在籍施設名
（フリガナ）		年　　月　　日	

２　利用を希望する実施施設名

（１）	（２）

３　児童の状況

かかりつけ医療機関名		電話番号	
障害者手帳の有無	有・無		
備　　考			

４　家庭の状況

保護者氏名	電話番号	勤務先名及び電話番号
		（　　）
		（　　）

緊急連絡先	（１）	氏　　名		続　　柄	
		電話番号		勤務先名	
	（２）	氏　　名		続　　柄	
		電話番号		勤務先名	

注意

１　登録内容に変更があった場合や事業を利用する必要がなくなった場合は、届け出てください。

２　緊急連絡先には、体調の悪化等の際にお迎えに来ることができる方の連絡先を２か所記入してください。

児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生育歴	妊娠中の異常		なし・あり（　　）
	出生時期		予定どおり・（　　日）早かった・遅かった （在胎　　週）
	出生時の異常		なし・あり（　　）
	栄養法	母乳・人工・混合・（離乳食摂取時期　　か月から　　か月まで）	
	出生時の体重（　　ｇ）　首のすわり（　　か月）		
	おすわり（　　か月）　ひとり歩き（　　か月）　人見知り（　　か月）		
	母の後追い（　　か月）　意味のある言葉の発語（　　歳　　か月）		
既往症	突発性発疹・麻疹（はしか）・水痘（水ぼうそう）・風疹・百日咳・川崎病 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・ヘルパンギーナ・手足口病・ぜんそく 伝染性紅斑（りんご病）・熱性けいれん・肺炎・結核・湿疹 アトピー性皮膚炎　その他（　　）		
予防接種	ヒブワクチン		未接種・１回・２回・３回・４回
	小児用肺炎球菌ワクチン		未接種・１回・２回・３回・４回
	四種混合・三種混合・五種混合		未接種・１回・２回・３回・追加
	ＢＣＧ		未接種・済（　　年　　月）
	不活化ポリオ・生ワクチン		未接種・１回・２回・３回・追加
	麻しん風疹混合		未接種・１回・２回
	日本脳炎		未接種・１回・２回・追加
	その他		（　　）
	制限されている食品等	特になし 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦粉・そば粉 その他（　　）	
その他	体質（薬物アレルギー等）、癖等、心配なことや配慮してほしいこと。		

※　該当するものに記入し、又は○印を付けてください。