

## 病児保育事業利用申請(登録)書

山口市病児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。

年 月 日

申請者(保護者) 氏名

Ⓔ

(ふりがな) (児童氏名)	男 女	(生年月日) 年 月 日( 歳 ヶ月) (お子さんの愛称)	(体重) Kg (平熱) °C
(ふりがな) ①保護者氏名			(ふりがな) ②保護者氏名
連絡先		連絡先	
①携帯			②携帯
①勤務先	(名称) (電話番号)	②勤務先	(名称) (電話番号)
自宅住所	〒		
自宅電話番号			
保育所・幼稚園・小学校名:			
出生時の様子	第「 」子 (身長) cm (体重) g		
幼児期の様子	栄養 [母乳・人工・混合] 離乳食開始 [ ヶ月]		
	首すわり [ ヶ月] はい始め [ ヶ月] 歩き始め [ 歳 ヶ月]		
予防接種	三種混合 不活化ポリオ 経口生ポリオ 四種混合 BCG 麻疹・風疹(MR) 日本脳炎 肺炎球菌 インフルエンザ菌(ヒブ) みずぼうそう(水痘) おたふくかぜ(ムンプス) ロタウイルス B型肝炎		
病歴	はしか 百日咳 みずぼうそう 風疹 おたふくかぜ 肺炎・マイコプラズマ肺炎 中耳炎 喘息 川崎病 突発性発疹 ウイルス性胃腸炎 RSウイルス 手足口病 ヘルパンギーナ リンゴ病 アデノウイルス(結膜炎・咽頭炎) 溶連菌感染症 とびひ アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎		
入院歴	①病名「 」/病院名「 」 入院期間 年 月 ( 日間) 現在の状態 [完治・通院中・経過観察中]		
	②病名「 」/病院名「 」 入院期間 年 月 ( 日間) 現在の状態 [完治・通院中・経過観察中]		
	③病名「 」/病院名「 」 入院期間 年 月 ( 日間) 現在の状態 [完治・通院中・経過観察中]		
持病	①アレルギー「食物」 「薬」		
	②喘息 [内服薬:有(薬名: )・無] [自宅での吸入:有(吸入液名: )・無] [自宅での吸入回数: 回(朝・昼・夕)]		
	③脱臼「部位:」		
	④熱性けいれん 症状が初めて出た日: 年 月 日 症状が最後に出た日: 年 月 日 今までのけいれん回数: 回 使用薬剤:有( )・無		
	⑤けいれん(ひきつけ) 症状が初めて出た日: 年 月 日 症状が最後に出た日: 年 月 日 今までのけいれん回数: 回 使用薬剤:有( )・無		
生活習慣	食事:よく食べる・普通・あまり食べない 偏食:有・無 好きな物 [ ] 嫌いな物 [ ]		
	排泄:トイレトレーニング やっていない・トレーニング中・完了		
	睡眠:寝付き [よい・悪い] 熟睡 [する・しない] 寝起き [よい・悪い] 就寝時間 時頃 起床時間 時頃		
備考	園への要望や伝えておきたいことがありましたらご記入ください。		