病児保育利用登録票

令和　　年　　月　　日

　横手市長　　　　様

申請者(保護者)氏名　　　　　　　　　　（ 父 ・ 母 ）

携帯電話　　　　　　－　　　　－

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名　 | （ふりがな） | 生年月日 | 平成 ・ 令和　　　年　　月　　日生　（　　　　歳　　　　か月）　　 |
|  |
| 住所　（〒　　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅連絡先　　　　－　　　　－　　　　 |
| 通園施設等1　保育所、幼稚園等に通園している　→　施設名　　　　　　　　　　　　　　　2　保育所、幼稚園等に通園していない3　小学校に通っている　　→　小学校名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| かかりつけの医師医療機関名電話　　　　　－　　　　　　担当医師名 |
| 保険証番号国保・社保・共済・(　　　　　　　　　 　　)　記号番号(　　　　　　　　　　　　) |
| 出生の状況分べん【正常・帝王切開・難産】/ 出生時体重　　　　　　　g / 栄養【母乳・人工・混合】 |
| 保育上配慮が必要な体質や慢性的な病気はありますか。【ない・ある】ある場合　→　病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　手当　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。【ない・ある】ある場合　→　病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【薬を使用している・薬を使用していない】 |
| 既往歴　該当するものに○をつけてください。 |
| 1　突発性発疹2　麻しん（はしか）3　水痘（水ぼうそう）4　風しん（三日ばしか）5　咽頭結膜熱（プール熱）6　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）7　百日咳8　ヘルパンギーナ9　肺炎10 とびひ | 11　B型肝炎（キャリアーを含む。）12　喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】13　アトピー性皮膚炎14　川崎病【心臓合併症はあり・なし】15　熱性けいれん【初回　　歳　か月、最後　　歳　か月、これまで　　回】16　てんかん17　食物アレルギー【牛乳・卵・大豆・小麦・その他（　　　　　　）】18　その他（NICUを利用した、保育器に入った等）【具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| その他（薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください。） |