

## 【令和8年度】 病児・病後児保育 利用登録申込書

登録日：令和 年 月 日

児童氏名	ふりがな	加入している健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他( )
	(男・女)	非課税世帯	( 該当 ・ 非該当 )
	愛称：	生活保護世帯	( 該当 ・ 非該当 )
生年月日 年齢	年 月 日 生 ( 歳 ヶ月)	通園 施設	_____ ( 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ) 保育時間 ( : ~ : )
住所	〒		
かかりつけ医	電話番号：		

家族構成	氏名	続柄	生年月日	携帯番号	勤務先・在校名(連絡先)	
健診の状況	<input type="checkbox"/> 3~4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 7~8ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 年中児健康相談 結果 ( 異常無し・ 異常あり )					
発達の特徴	無 ・ 有 ・ 様子観察中	事業所利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 週 ( ) 回				
入院歴	無 ・ 有	病名： 歳 ヶ月				
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 麻疹 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 水痘 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 百日咳 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 風疹 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 手足口病 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 川崎病 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> とびひ ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 結核 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 湿疹 ( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん ( 歳 ヶ月) 回数： 回、初回： 年 月/最終： 年 月 <input type="checkbox"/> 喘息 ( 歳 ヶ月) 現在治療中・悪化時治療中・治療済み					
(※裏面に続く)						

	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他（ ）） <input type="checkbox"/> その他（（ ））	
予防接種 <small>（母子手帳のコーナーでも可能）</small>	四種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 1期追加
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 1期追加
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	BCG	<input type="checkbox"/> 接種済み
	MR(麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	おたふくかぜ(任意)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	髄膜炎菌(任意)	<input type="checkbox"/> 接種済み
	インフルエンザ(任意)	(今年度) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
アレルギー	無 ・ 有（（ ）） ※有の場合は内容と症状を具体的に記載して下さい。	
食事について	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> 箸またはスプーンを使用して食べている 好きな食べ物（（ ）） 嫌いな食べ物（（ ））	
睡眠について	<input type="checkbox"/> 寝つきが良い <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い 睡眠時間（（ ）時 ～（ ）時）（（ ）時間） 寝ている時の癖（（ ）） 寝ている時の体勢（例：ベッド、抱っこなど（ ））	
排泄について	<input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> 寝ている時だけオムツを使用している <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 自分でできる	
性格や癖		
好きな絵本や遊び		
その他	※心配事や考慮して欲しいことなどがあればご記入下さい。	

※この登録の有効期限は申請後初めて迎える3月31日までです。利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。