様式第１号（第７条関係）

病児・病後児保育利用登録申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  軽井沢町長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話  病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録します。 | | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | 男・女 | | 生年月日 | | 年　　月　　日生  （　　　歳） |
| 児童氏名 | |  | | |
| 家　族　の　状　況 | 氏　　名 | | 続柄 | 勤　務　先 | | | | 緊急連絡先・連絡電話番号 | |
|  | |  |  | | | |  | |
|  | |  |  | | | |  | |
|  | |  |  | | | |  | |
|  | |  |  | | | |  | |
|  | |  |  | | | |  | |
| 父親の勤務時間  　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | | | | | 母親の勤務時間  　　　時　　　分　　～　　　時　　　分 | | | |
| 在籍保育園等 | | | 東保育園・南保育園・西保育園・中保育園・聖パウロ幼稚園・軽井沢幼稚園  その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 健康保険 | | | 記　号  番　号  保険者番号 | | | | | | |
| 主治医 | | | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |
| 医師名 | | | | | | |
| 児童の平常の健康状態 | | | 良好　・　かかりやすい病気（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| これまでにかかった主な病気 | | | | | | | | | |
| アレルギー　　　特になし　　　ある（原因物　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　食事制限の必要　　あり　・　なし | | | | | | | | | |
| 常時内服している薬 | ぜんそく・アトビー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬があれば、具体的に記入して  ください。 | | | | | | | | |

注：裏面にも記入してください。

児　　童　　の　　状　　況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 周産期 | ・妊娠経過　　　１　正常　　２　妊娠中毒　　３　切迫流早産　　４　貧血  　　　　　　　　５　悪阻　　６　前置胎盤　　７　胎盤早期剥離  ・分娩経過　　　１　正常　　２　骨盤位　　　３　吸引鉗子分娩  　　　　　　　　４　遅延分娩　　５　帝王切開　　６　陣痛促進剤  ・出生時体重　　　　　　ｇ | |
| 発育状況 | 栄養（母乳　　人工　　混合）  　現在の飲む回数　　　回　　　量（１回分）  離乳食開始　・一回食　　　　　　ヶ月  　　　　　　・二回食　　　　　　ヶ月  　　　　　　・三回食　　　　　　ヶ月  　　　　　　・幼児食　　　歳　　ヶ月  卒乳（断乳）　　　完了　・　未 | ・首のすわり（　　　　　　　　）  ・おすわり　（　　　　　　　　）  ・一人歩き　（　　　　　　　　）  ※上記が可能になった時期を記入してください |
| 予防接種 | ・ポリオ（１回　２回）　　　　　　　　　　　・三種混合（１回　２回　３回　追加）  ・麻疹（はしか）　　　　　　　　　　　　　　・風疹  ・水痘（みずぼうそう）　　　　　　　　　　　・ＢＣＧ  ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　）  ※接種したものに○をしてください。不明の場合はそれぞれの項目の下に不明とお書きください。 | |
| その他健康の留意点 | | |