

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・アトピー性皮膚炎・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 ・分娩経過 ・出生時体重	1 正常 5 悪阻 1 正常 4 遅延分娩 g	2 妊娠中毒 6 前置胎盤 2 骨盤位 5 帝王切開	3 切迫流早産 7 胎盤早期剥離 3 吸引鉗子分娩 6 陣痛促進剤	4 貧血
発 育 状 況	栄養（母乳 人工 混合） 現在の飲む回数 回 量（1回分）		・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		
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			
予 防 接 種	・ポリオ（1回 2回） ・麻疹（はしか） ・水痘（みずぼうそう） ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）				
・三種混合（1回 2回 3回 追加） ・風疹 ・BCG ・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					