

## 播磨町病後児保育登録票

令和 年 月 日

播磨町長様  
事業実施施設長様

登録後の事業利用時は、通常保育よりも予測不能な状況が起こり得る危険性が高いこと、及び投薬についても同様にその危険性が高いことを認識、理解した上で登録します。

住所 播磨町  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

児童の氏名 <small>よ り が な</small>	男 愛称 女 [                      ]	申請者との 続柄	
生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)		
在保育施設等	保育施設名 (TEL ) ・ 在宅		
かかりつけ医	医療機関名 (TEL )担当医:		
加入している 公的年金制度	保険の種類	国民年金 厚生年金保険 共済組合 その他( )	
	記号番号		保険者番号
緊急時の連絡先	連絡先① (続柄: ) (TEL )		
	連絡先② (続柄: ) (TEL )		
出生時の状況	妊娠 週 体重 g 異常: なし・あり( )		
乳児期の発達	首のすわり: か月 おすわり: か月 一人歩き: か月 栄養法(母乳・人口・混合) 離乳食開始時期(前期: か月、中期: か月、後期: か月、幼児食: か月) 人見知り: か月、後追い: か月		
今までにかかった 病気 (かかったものに○)	突発性発疹 はしか 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ 川崎病 結核 熱性けいれん 心臓病 アトピー性皮膚炎 ぜんそく その他( )		
予防接種 (受けたものに○)	ロタウイルス( [ロタリックス: 1回目・2回目] ・ [ロタテック: 1回目・2回目・3回目] ) B型肝炎(1回目・2回目・3回目) ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) 小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) 四種混合(1期初回1回目・1期初回2回目・1期初回3回目・1期追加) BCG 麻しん風しん混合(MR)(1期・2期) 水痘(初回・追加) 日本脳炎(1期初回1回目・1期初回2回目・1期追加) ※任意: おたふくかぜ(1回目・2回目)		
アレルギー	なし・あり( ) 食事制限 なし・あり( )		
その他	(心配なことがあればご記入ください)		

<有効期間>

(利用者 ⇒ 実施施設または播磨町こども課幼児保育係)

0 歳 児 : 記入日から2ヶ月まで

1 歳児以上: 記入日から年度末まで