

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 | 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