

第1号様式

令和 年度登録

登録番号NO.

登録施設名

葛飾区病児・病後児保育利用登録申込書

令和 年 月 日

葛飾区長 へ

申込者(保護者) 氏 名

住 所

電 話

葛飾区病児・病後児保育の利用の登録を次のとおり申し込みます

登録児童名	性別	生 年 月 日	年 齢
ふりがな	男・女	平成 年 月 日生	歳児クラス
現在通所している施設	電話		
かかりつけ医療機関	電話		

緊急連絡先

氏 名	続柄	連絡先(職場・携帯等)
	父	電話
	母	電話
		電話

病児保育室児童票(葛飾区)

年 月 日記入

ふりがな 氏名	男 女 [第 子]	生年月日	H 年 月 日生 (歳 ヶ月)		
愛称	平熱	℃	初回利用日 年 月 日		
住所	〒 _____ 自宅から病児保育室までの所要時間 分				
電話番号	_____				
通園施設名	_____				
母親	ふりがな	勤務先名	_____		
	氏名 (歳)	勤務先住所	_____		
	携帯住所	勤務先から病児保育室までの所要時間	分		
父親	ふりがな	勤務先名	_____		
	氏名 (歳)	勤務先住所	_____		
	携帯住所	勤務先から病児保育室までの所要時間	分		
兄弟姉妹名	_____ 歳(男・女) _____ 歳(男・女) _____ 歳(男・女)				
かかりつけ医	_____ 電話 _____				
周産期	出生時体重	g	《特記事項》		
	妊娠中の異常	なし・あり()	出生時異常	なし・あり()	
乳幼児期の発達	首のすわり:	ヶ月	おすわり:	ヶ月	
	一人歩き:	ヶ月	離乳食開始	(月)	
	栄養法 (母乳・ミルク・混合)	初語(意味ある言葉)	歳	ヶ月	
予防接種	BCG	未・済	おたふく	未・1回・2回	
	4種混合(DPT-IPV)	I期(1・2・3)・追加	ロタ	未・済	
	MR	I期・II期	Hibワクチン	1回・2回・3回・4回	
	日本脳炎	1回・2回・3回	肺炎球菌	1回・2回・3回・4回	
	水ぼうそう	未・1回・2回	B型肝炎	1回・2回・3回	
かかった事のある病気	熱性けいれん (薬の服用)	ない・ある	回数	回	
		ない・ある	薬名・使用の目安	初回 歳 月 最後 歳 月	
	はしか	未・済	おたふく	未・済	
	アトピー性皮膚炎	ない・ある	喘息	ない・ある	
入院した事	ある・ない	1・病名	歳	ヶ月	
		2・病名	歳	ヶ月	
		3・病名	歳	ヶ月	
アレルギー	食物	無・有()	食事制限の程度	()	
	その他	_____			
薬	常用している薬	無・有(具体的に _____)			
生活習慣	食事	食欲傾向	良く食べる・普通・少食	好きな食べ物	嫌いな食べ物
	遊び	好きな遊び	好きなおもちゃ		
	排泄	おむつ・眠る時のみおむつ・トイレに行く			
	睡眠	昼寝	回	時間くらい	1人寝で眠る・添い寝・抱っこ・おんぶ
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせや心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい				
病後児	病後児登録はしていますか?	はい・いいえ	※はいの方 保育園名	たつみ・本田・住吉・砂原 小谷野しょうぶ・中宵戸・小合	