

病後児保育サービス登録（申請）台帳

病後児保育サービスの利用登録を次の通り申請します。また、市が利用状況の報告を受けることに同意します。

年 度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度
登録年月日	R . . .	R . . .	R . . .	R . . .	R . . .	R . . .	R . . .
登録番号							
利用料金							
保護者印							

児童氏名（フリガナ） 生年月日 H・R 年 月 日（男・女）	住所（〒 — ） TEL
保護者氏名（フリガナ）	保育を希望する理由

家族の状況（同居者全員記入）

本人との続柄	氏名（フリガナ）	男・女	生年月日	職業（勤務先・学校名等）	職業変更時記入欄
父		男・女	. .		
母		男・女	. .		
		男・女	. .		
		男・女	. .		
		男・女	. .		

緊急連絡先

連絡先名（勤務先・〇〇携帯・等）	電話番号	変更時記入欄

健康保険証 種類（社保 国保 共済 船員 その他）

被保険者氏名	保険記号・番号
事業所名	乳児医療証

発育暦

出産の状況	正常・異常・難産（手術・吸引・かん子）・在胎週数	週	出産時体重	g
新生児期の異常は（なし・あり _____）				
哺乳方法	母乳・人工・混合・その他	離乳	才 ヶ月	お話し
首すわり	ヶ月	一人で座る	ヶ月	歩行開始
			才 ヶ月	

（予防接種）

（既往歴）

BCG	おたふく	麻疹	その他（熱性痙攣・喘息等）
麻疹・風疹混合	水痘	風疹	
日本脳炎	ポリオ（生）	おたふく	
三種混合	インフルエンザ	水痘	
ポリオ（不活化）		りんご病	
四種混合		手足口病	
ヒブワクチン	その他	インフルエンザ	解熱剤の坐薬使用 なし あり（ 年 月確認）
肺炎球菌ワクチン		溶連菌	
B型肝炎		突発性発疹	
ロタ		川崎病	