

様式第 3 号

病児保育事業利用登録申請書				
小樽市長		令和 年 月 日		
		(保護者) 住所 _____		
		氏名 _____		
<p>病児保育事業の利用登録を受けたいので、小樽市病児保育事業実施要綱第 1 1 条の規定により、下記のとおり申し込みます。また、市が病児保育事業の登録に必要な情報を公簿等により確認し、実施事業者に対して決定した登録内容及び本申請書の写しを送付することについて同意します。</p>				
利用 児 童	ふりがな		性 別	生年月日
	氏 名		男・女	平成 年 月 日 令和 (歳)
	住所 (〒 -) 小樽市 丁目 番 号 町 番地			
	自宅電話番号 - -			
	通所等施設名称	() 保育所 (園)・認定こども園・幼稚園・小学校		
	かかりつけ医	() 病院・医院・小児科・クリニック		
	健康保険証番号	記号 :	番号 :	保険者番号 :
保 護 者 1	ふりがな		続柄	父・母 その他 ()
	氏 名			
	連絡先 1		勤務先 :	
連絡先 2		電話番号 :		
保 護 者 2	ふりがな		続柄	父・母 その他 ()
	氏 名			
	連絡先 1		勤務先 :	
連絡先 2		電話番号 :		
既 往 歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 (水疱瘡) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふく) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん: 無 有 (回数 回 初回 歳 か月 最後 歳 か月) <input type="checkbox"/> ひきつけ (診断名:) 熱 () °C でひきつける <input type="checkbox"/> その他 ()			

予 防 接 種	三種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	四種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	ポリオ（不活化）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	BCG		未・済（1回・2回・3回・追加）
	流行性耳下腺炎（おたふく）		未・済
	麻疹・風疹混合（MR）		未・済（1期・2期）
	水痘（水疱瘡）		未・済（1回・2回）
	日本脳炎		未・済（1期 1回・2回・追加）
	肺炎球菌		未・済（1回・2回・3回・追加）
	H i b（ヒブ＝インフルエンザ菌 b 型）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	B型肝炎		未・済（1回・2回・3回）
	ロタウイルス		1価
5価			未・済（1回・2回・3回）
ア レ ル ギ ー	なし・あり ありの場合 専門機関での受診（なし・あり）（医療機関名： _____） 診断名（ _____ ）主症状（ _____ ） アレルゲン（ _____ ）		
薬	常用している薬などがあれば、具体的に記入してください。 薬の名前（ _____ ） 内服薬・塗り薬・吸入薬・その他（ _____ ）		
食 事	<input type="checkbox"/> 授乳中（母乳・ミルク・混合） <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期）		
	<input type="checkbox"/> 一人で食べる（はし・スプーン・手づかみ） <input type="checkbox"/> 一人で食べるが介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ（排泄を 教える ・ 時々教える ・ 教えない） <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立		
睡 眠	睡眠時間（昼： _____ : _____ ~ _____ : _____ ）（夜： _____ : _____ ~ _____ : _____ ） 寝付き（良・否） 寝起き（良・否） 寝るときの様子や癖（ _____ ）		
そ の 他	病児保育に預ける上で、心配なことや配慮してほしいことがあれば具体的に記入してください。 _____ _____		

小樽市記入欄

受付日

利用登録番号	—
宛名番号	
病児保育台帳登録日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日