

乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録申請書

年 月 日

日置市長 様

記入者名

(表)

ふりがな		生年月日		年	月	日生
氏名		男女	歳	箇月		
保護者	父・氏名	(	歳)	お子さんの愛称		
	母・氏名	(	歳)			
	自宅住所(〒 )					
自宅電話 - -						
きょうだい	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)	
職業	父	母				
緊急連絡先	父	1 (電話 勤務先名 )				
		2 (電話 勤務先名 )				
	母	1 (電話 勤務先名 )				
		2 (電話 勤務先名 )				
保育所名	電話 - -					
主治医名	電話 - -					
周産期	妊娠中の異常(なし・あり )					
	出生時体重 g					
	出産は(予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週)					
	出産時の異常(なし・あり )					
乳児期の発達	首のすわり: 箇月		おすわり: 箇月		一人歩き: 箇月	
	栄養法 (母乳・人工・混合)					
	離乳食開始時期(前期: 箇月		中期: 箇月		後期: 箇月幼	
	児食: 歳 箇月)					
	人見知り: 箇月		母親の後追い: 歳 箇月			
初語(意味のあることば): 歳 箇月						
予防接種	ツ反応: 年 月(判定 )		年 月(判定 )			
	BCG: 年 月		ポリオ: 1回 年 月		2回 年 月	
	三種混合: I期1回目 年 月		2回目 年 月		3回目 年 月	
	II期 年 月					
	麻疹(はしか) 年 月		水痘(水ぼうそう) 年 月			
	耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月					
その他:						

注

- 1 この申請書による事業の利用登録期間は、当該年度の末日までです。
- 2 この申請書の内容に変更が生じた場合は、あらためて申請書を提出してください。
- 3 事業の利用申込は、あらかじめ実施施設に利用の予約を行う必要があります。  
利用の予約後に利用申込書を実施施設の長に提出してください。

(裏)

感染症歴	麻疹(はしか)： 歳 箇月 水痘(水ぼうそう)： 歳 箇月 百日咳： 歳 箇月 耳下腺炎(おたふくかぜ)： 歳 箇月 B型肝炎： 歳 箇月 (キャリアーでない・ある) その他(具体的に)：
	熱性痙攣：初回 歳 箇月 最後は 歳 箇月(これまでに _____ 回)
これまでの病気	喘息 息 毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ 喘息性気管支炎 毎日 吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎 ない・ある (治療は 内服薬・食事療法)
	その他の病気 (具体的に)
	入院したこと
常時内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。(内服時間も)
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。
その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。

様式第2号(第7条関係)

乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書

年 月 日

実施施設長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
児童との続柄( ) \_\_\_\_\_  
電話番号 - - \_\_\_\_\_

乳幼児健康支援一時預かり事業の利用について、次のとおり申し込みます。

(ふりがな)		性別	男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳 箇月)
児童氏名					
保育所等の名称	保育園(所)	幼稚園	児童クラブ		
申込の理由 (家庭で保育できない理由)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他( )				
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日の( )日間				
児童の送迎	入所(入所時間: 時 分頃、連れてくる方の氏名: 続柄( )) 退所(退所時間: 時 分頃、迎えにくる方の氏名: 続柄( ))				
健康保険証	記号: 番号: 保険者番号:				
利用登録申請	登録申請 <input type="checkbox"/> 申請済( 年 月) 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(変更 )				

病気の症状等について 病名(わかっている場合) { _____ } 主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 結嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 その他、気になる症状など、ご自由にお書きください。
いつからこの症状が始まりましたか、経過をお書きください。
昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか。( <input type="checkbox"/> 使用した。 <input type="checkbox"/> 使用していない。 ) 昨日から今朝(現在)の症状についてお書きください。

注

- 1 欄については、該当項目にレ印を記入してください。
- 2 事業の登録前に緊急に事業を利用する場合は、この申請書と乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録申請書を提出してください。
- 3 母子手帳(乳幼児のみ)、健康保険証及び薬剤情報提供書を持参してください。

予約時記入用紙

年 月 日

お子様名		保護者名	
年齢	歳 ヶ月	連絡先	TEL - -
発熱	無・有 ( いつから熱がありますか? )		
痛み	無・有 ( 頭 ・のど ・おなか ・左耳・右耳 ・その他 )		
咳	無・有 ( コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ヒューヒュー・ケンケン )		
鼻水	無・有 ( 水鼻 ・青鼻 ・その他 )		
吐く	無・有 ( いつから? 日 時頃より 回 ・最後は 日 時頃 )		
下痢	無・有 ( いつから? 日 時頃より 回 ・水様 ・泥状 今日は? 回 ・最後は 時頃 )		
尿	今日 回 (いつもと同じ・やや少ない・少ない) ・最後は 時頃		
発疹	無・有 (顔・手・足・口・おなか・背中・おしり・その他 )		
流行	無・有 ( 保育園 ・ 近所 ・ 病名 )		
食事	水分は? とれる・あまり飲めない ・方法 (コップ・スプーン・ストロー) ミルクのみ ( 時間毎・1回 cc) ・離乳食 (前期・中期・後期) ・幼児食・ 軟食・普通食・牛乳 (飲める・飲めない) ・アレルギー食 (除去物 )		
睡眠	普段の時間 ( 起床 : ~ 就寝 : ) お昼寝は? しない・する ( : ~ : ) ・させてよい? (はい・いいえ)		
習慣	無・有 ( 指しゃぶり・寝る時のタオル・他 )		

入室時記入用紙

年 月 日

記入者 (職員)

入室時の様子:		今朝の体温	℃
		最終排尿	:
起床時間	:	朝食	: 頃 食欲 (有り・無し)
		最終排便	日 : 頃
ミルク時間	今朝 :	頃 ( cc )	内服 無・有 (そのまま・溶かす)

※持参書類1~5は、保護者の事前記入必要 ※持参書類等、記入もれがないかチェック

持 参 書 類 ・ そ の 他	1.	乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録申請書 (年1回申請) 申請済・初回
	2.	乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書 (利用毎)
	3.	乳幼児健康支援一時預かり事業期間変更承認申請書 (期間変更時のみ)
	4.	登園許可書 (在園児のみ使用) または 病後児保育室 医師の意見書及び保護者の利用申込書
	5.	アレルギー調査票
	6.	必要時、水薬・粉薬・座薬等 (もらわれている、スポイド・計量カップも)
	7.	病後児保育室利用料 (1日 1000円)

病後児保育室 医師の意見書及び保護者の利用申込書

平成 年 月 日

厳浄寺保育園園長様

・保護者記入欄

園児氏名 児童氏名		クラス名 学校名	組 小学校
生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳)	性別	男 ・ 女

・医療機関記入欄

症状 (病名等)	
保育上の留意点	
安静	特に制限なし ・ 室内安静 ・ その他 ( )
食べ物・飲み物	特に制限なし ・ その他 ( )
薬	特になし ・ 処方の通り ・ その他 ( )
その他留意事項	

平成 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。

医療機関名及び所在地

電話番号

診断医師名

印

医師により上記の説明を受けた上で、病後児保育を申し込みます。

保護者氏名 \_\_\_\_\_