

尼崎市病児・病後児保育事業利用登録（申請）書

尼崎市病児・病後児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。

また、この登録書を実施施設で使用すること及び市が実施施設より利用状況（利用年月日、病名）の報告を受け公簿等の調査を行うことに同意します。

令和 年 月 日

申請者（保護者） 住所 尼崎市

氏名

登録児童氏名 ふりがな	性別	生年月日	お子さんの愛称
	男	H・R 年 月 日生	
	女	歳 か月	

保護者及び家族	氏名	続柄	連絡先（自宅）	緊急連絡先
			電話 -	電話 -
			電話 -	電話 -
			電話 -	電話 -
			電話 -	電話 -
			電話 -	電話 -
保育所（園）・幼稚園 託児所・小学校		名称	電話 -	
主治医名			電話 -	
登録児童の健康状態及び注意事項				
○ 食事について（食事制限の有無）				
○ その他（体質、くせ又は障害など心配なこと、配慮してほしいこと等）				

◎ どちらでお知りになりましたか？（ ）

保 育 記 録 表

年度

年 月 日 記録

ふりがな 氏 名		男 女	住所	電話
-------------	--	--------	----	----

生年月日	年 月 日生	保育所(園)・幼稚園 園 託児所・小学校 名称
------	--------	----------------------------

家 族 歴	氏 名	続柄	生年月日	職場名	連絡先(電話)
	(家族状況)				

生 育 歴	出生時体重 (g)	出生時身長 (cm)	妊娠異常	有・無
	現 体重 (kg)	現 身長 (cm)	出産異常	有・無
	首すわり おすわり 一人歩き その他	栄養方法	母乳・人工・混合	
		離乳食開始時期		

既 往 症	突発性発疹 (才)	百日咳 (才)	はしか (才)
	風 疹 (才)	おたふくかぜ (才)	水痘疹 (才)
	その他 ( )		
	入院歴 ( )		

予 防 接 種	BCG	年 月 日	B型肝炎	① 年 月 日	三種 混合	① 年 月 日	
	麻疹風疹混合	① 年 月 日		② 年 月 日		② 年 月 日	
		② 年 月 日		③ 年 月 日	③ 年 月 日		
	水痘	年 月 日	追加 年 月 日	ヒブ	肺炎球菌	追加 年 月 日	
		年 月 日	① 年 月 日			① 年 月 日	
	おたふくかぜ	年 月 日	② 年 月 日			② 年 月 日	② 年 月 日
		年 月 日	③ 年 月 日			③ 年 月 日	③ 年 月 日
	日本脳炎	① 年 月 日	追加 年 月 日	追加 年 月 日	(その他)	追加 年 月 日	
		② 年 月 日	① 年 月 日	① 年 月 日		年 月 日	
		追加 年 月 日	② 年 月 日	② 年 月 日		年 月 日	
	II 年 月 日	ロタウイルス	③ 年 月 日		③ 年 月 日		

そ の 他	体質傾向 平熱 ( )	ひきつけ 有・無 (有熱・無熱・いつ 回)
	アトピー性皮膚炎 ( )	除去食 ( ) なし
	ぜん息 ( 歳より発作の有無 有・無)	
	食欲傾向 ( )	睡眠傾向 ( )
	くせ ( )	便通 ( )
	主治医 ( )	〒