

足立区病後児保育事業
令和 年度 病後児保育室利用登録申込書

(提出先)

令和 年 月 日

子ども家庭部子ども施設運営課長

登録番号

申込者（保護者）

住所

電話

(病後児保育室で記入)

氏名

下記のとおり保育利用登録の申込をします。

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------------|----------------------|-----|-----|------|------|----|
| ふりがな 児童名 | 呼び名 () | | 男 女 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日生 | 歳 | カ月 |
| 緊急 連絡先 | 続柄 () 氏名 携帯電話 | | | 続柄 () 氏名 携帯電話 | | | | | |
| 予防接種 ○を記載 | MR (麻疹・風疹) | 水痘 | 流行性耳下腺炎 (おたふくか ぜ) | 三種混合 四種混合 | BCG | Hib | 日本脳炎 | 肺炎球菌 | |
| 既往歴 ○を記載 | 水痘 (水ぼうそう) | 突発性発疹 | 流行性耳下腺炎 (おたふくか ぜ) | 麻疹 (はしか) | 風疹 | 百日咳 | | | |
| 健康状態 | 平熱 | 度くらい | | | | | | | |
| | けいれん | 無・有 (熱 度くらい 回数 回) 直近発生日日: (年 月 日 熱: 度くらい) | | | | | | | |
| | 脱臼 | 無・有 (どこが: 状況:) | | | | | | | |
| | 喘息 | 無・有 | | | | | | | |
| | アトピー | 無・有 | | | | | | | |
| | アレルギー | 無・有 (アレルゲン:) | | | | | | | |
| ・生活するにあたり留意してほしいことがありましたら、お書きください。 () | | | | | | | | | |
| 食 事 | 何を使って食べていますか (はし・スプーン・フォーク) | | | | | | | | |
| | 牛乳を飲んでいますか (はい ・ いいえ) | | | | | | | | |
| | 好きな食べ物 () 嫌いな食べ物 () | | | | | | | | |
| | 気になること (量など) | | | | | | | | |
| 排 泄 | おむつ: している ・ 睡眠時のみ ・ していない ・ トイレトレーニング中 | | | | | | | | |
| | 排 便: 教える ・ 出してから教える ・ 教えない 回数 (日に 回) | | | | | | | | |
| | 排 尿: 教える ・ 出してから教える ・ 教えない 間隔 (時間位) | | | | | | | | |
| 好きな遊び | | | | | | | | | |
| その他 配慮の必 要な事項 | | | | | | | | | |

***健康状態把握のため、登録は1年更新（4月～翌年3月）です。**
***病後児保育の利用は1歳からになります。**