

様式第2号(第6条関係)

年度病児・病後児保育事業

年 月 日

登 録 用 紙

登録を希望される施設名に、○をつけてください(複数可)

福富医院	河村病院	小牧内科クリニック	山田病院	矢嶋小児科	元気なクリニック	操健康クリニック
安食1-87-1 方県地区	芥見大般若1-84 芥見地区	昭和町2-11 木之本地区	寺田7-98-1 合渡地区	日野南7-10-7 日野地区	六条南2-8-20 三里地区	藪田南1-4-20 市橋地区

※上記以外の施設を利用する場合は、各施設の登録用紙にて登録してください。

児	ふりがな	性別	生年月日	年	月	日
	氏名	男・女	年齢	歳	か	月
	家での呼び方					
童	保育所(園) 組		幼稚園 組			
	認定こども園 組		小学校 年 組			
保 護 者	父(氏名)		電話	—	—	
	母(氏名)		電話	—	—	
	住所(〒 —)	電話	—	—		
連 絡 先	父・勤務先名		電話	—	—	
	母・勤務先名		電話	—	—	
	緊急連絡先 父・母・その他(関係 氏名)		電話	—	—	
かかりつけの医院・病院						
発 達	妊娠中の異常		なし ・ あり (具体的に)			
	出産時の異常		なし ・ あり (具体的に)			
	障がいについて		なし ・ 自閉症 ・ ダウン症 ・ ADHD ・ その他()			
	乳幼児健診や保育施設で助言を受けたことがある場合、その内容を具体的に記入してください。					
アレルギーについて						
(1)薬アレルギー		なし ・ あり (薬剤名)		(アレルギー症状)		
(2)食物アレルギー		なし ・ あり (食品名)		(アレルギー症状)		

予 防 接 種 ・ 感 染 状 況	接 種 名	予 防 接 種 状 況	感 染 状 況
	ヒ ブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 済	
	肺 炎 球 菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 済	
	B C G	未 ・ 済	
	四 種 混 合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 済	
	五 種 混 合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 済	
	麻 し ん (MR) 風 し ん	未 ・ 1回 ・ 済	感染した ・ 未 感染した ・ 未
	流 行 性 耳 下 腺 炎	未 ・ 1回 ・ 済	感染した ・ 未
	水 痘	未 ・ 1回 ・ 済	感染した ・ 未
	日 本 脳 炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 済	
ロ タ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 済	感染した ・ 未	
B 型 肝 炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 済		
病 歴 ・ 生 活 状 況 ・ そ の 他	今までの大きな病気		
	熱性けいれん	なし ・ あり(今までに 回) 最終 年 月ごろ	
	入院	なし ・ あり(病名)	
	(1)食事介助	要 ・ 不要 (スプーンのみ・箸が使える)	
	種類	ミルク … 1回あたり _____ CCで _____ 時と _____ 時 離乳食 … 初期 ・ 中期 ・ 後期 幼児食	
	(2)排泄		
	(小)介助		
	種類	おむつ ・ トレーニング中 ・ パンツ	
	(大)介助	要 ・ 不要	
	(3)衣服介助	要 ・ 不要	
(4)昼寝の習慣	あり ・ なし (普段のお昼寝時間: 時間 分)		
そ の 他	安心して寝られる介入方法()		
お子さんが安心すること、苦手なこと、配慮してほしいこと等を具体的に記入してください。			

生活保護法による被保護世帯または市民税非課税世帯ですか…(いいえ・被・非)

3人以上の多子世帯の場合…利用されるお子様は何番目のお子様ですか(番目)

登録用紙に係る個人情報を、岐阜市及び登録希望施設に提供することに同意します。

保護者氏名

※上記の個人情報は岐阜市及び登録希望施設への提供以外に使用しません。

(R7.11月改定版)