

病児・病後児保育施設等利用登録兼児童票

※利用登録する際(もしくはご利用前)に、ご記入ください。

※太枠内を記載してください

令和 年 月 日 記入

保護者氏名 (自署しない場合は押印してください。)

<施設一覧>

病児・病後児施設	中央ながかみこども園	病後児施設	聖隷こども園めぐみ
	みつばち第2保育園		
	みどり保育園		
	みつばち保育園		聖隷こども園わかば
	さくらんぼルーム(桜町クリニック)		

1 世帯・児童の状況等

ふりがな	男	生年月日	年	月	日	生
氏名	女	年齢	歳	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	() — —	メール			
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 ()			
入所している保育所等名	電話		—	—		
かかりつけ医等名	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: ___ カ月 おすわり: ___ カ月 一人歩き: ___ カ月					
	栄養法 (母乳・人工・混合)					
	離乳食開始時期 (前期: ___ カ月/中期: ___ カ月/後期: ___ カ月/幼児食: ___ 歳 ___ カ月)					
	人見知り: ___ カ月 母親の後追い: ___ 歳 ___ カ月					
初語 (意味のあることば): ___ 歳 ___ カ月						
予防接種	BCG: _____ 年 ___ 月		麻しん・風しん混合: 1回目・2回目			
	3種混合: 1回目・2回目・3回目・4回目		4種混合: 1回目・2回目・3回目・4回目			
	日本脳炎: I期1回・I期2回・追加・II期		小児用肺炎球菌: 1回目・2回目・3回目・4回目			
	ヒブ: 1回目・2回目・3回目・4回目		水痘: 1回目・2回目			
	B型肝炎: 1回目・2回目・3回目		おたふくかぜ: _____ 年 ___ 月			
	その他 (_____)					

※ 予防接種欄は接種した年月又は終了したものに○を記入してください。

(裏面あります)

2 既往歴等

既往歴	はしか： __ 歳 __ カ月 水ぼうそう： __ 歳 __ カ月
	百日咳： __ 歳 __ カ月 おたふくかぜ： __ 歳 __ カ月
	B型肝炎： __ 歳 __ カ月（キャリアでない・ある）
	その他(具体的に)：
	熱性痙攣：初回 __ 歳 __ カ月 最後は __ 歳 __ カ月(これまでに __ 回)
	喘息 喘息様気管支炎 アトピー性皮膚炎 その他の病気 (具体的に)
入院したこと	ない・ある (病名 __ 歳 __ カ月) (病名 __ 歳 __ カ月) (病名 __ 歳 __ カ月) (病名 __ 歳 __ カ月)
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。 ※内服時間もお書きください。
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。

※ 市町村民税非課税世帯、生活保護受給世帯は、別紙「浜松市病児・病後児保育事業利用料等免除申請書」の提出により、利用料及び副食費が免除となります。

※1つでも丸がない場合、ご利用ができません

利用に当たっての同意事項(同意する場合には、丸印を記入してください)	令和 年度	令和 年度	令和 年度
1. 申し出の内容については、全て虚偽が無いことを誓約します。			
2. 浜松市病児・病後児保育事業等の実施に当たって必要な範囲内で、実施施設、浜松市及びその他機関との間で利用児童や保護者等の情報を共有することに同意します。			
3. 利用に当たり、実施施設から示された注意事項を了承します。			
4. 浜松市病児・病後児保育事業を利用する日及び保育時間については、実施施設と調整のうえ決定します。			
5. 利用料及び副食費を実施施設の定める期限までに支払うことを誓約します。			