

利根町病児保育事業利用登録申込書

利根町長 様

利根町病児保育事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり利用登録の申し込みをします。

申込日 年 月 日

保護者氏名

登録児童	フリガナ 児童氏名		愛称	性別	生年月日
				男・女	年 月 日
	自宅住所	〒 —		自宅電話	— —
	通園・通学 施設	保育所・認定こども園・幼稚園 事業所内保育所・小学校		通園・通学 施設電話	— —
	かかりつけ 医療機関	名 称			担当医師名
住 所				電話番号	— —

保護者の 連絡先	保護者氏名（フリガナ）		続柄	年齢	勤務先	名称	
							住所
	携帯電話	— —				電話	— —
	保護者氏名（フリガナ）		続柄	年齢	勤務先	名称	
						住所	
携帯電話	— —				電話	— —	

保護者以外 の緊急連絡先	氏名（フリガナ）		続柄	年齢	（保護者以外） 家族構成	氏 名（フリガナ）		続柄	年齢	
	携帯電話	— —								
	氏名（フリガナ）		続柄	年齢						
携帯電話	— —									

登録時の 健康状態 ①	出生時の異常		無・有（ ）		発育・発達	ふつう・健診などで指摘あり		
	予防注射	BCG		受けていない・受けた		三種混合（DPT）	受けていない・受けた	
		Hib（インフルエンザ菌b型）		受けていない・受けた（ ）回		四種混合（DPT-IPV）	受けていない・受けた（ ）回	
		麻疹風疹混合（MR）		受けていない・受けた（ ）回		肺炎球菌（PCV13）	受けていない・受けた（ ）回	
		ロタウイルス（経口）		受けていない・受けた（ ）回		B型肝炎	受けていない・受けた（ ）回	
		水痘（みずぼうそう）		受けていない・受けた（ ）回		おたふくかぜ	受けていない・受けた（ ）回	
		日本脳炎		受けていない・受けた（ ）回		ポリオ（IPV）	受けていない・受けた	
		その他					※経口（ ）回・注射（ ）回	

登録日： 年 月 日 登録番号：

（表面）

登録時の健康状態②	病歴	1. 突発性発疹			2. 麻疹(はしか)			3. 風疹(三日ばしか)		
		4. 水痘(みずぼうそう)			5. おたふくかぜ			6. 百日咳		
		7. 熱性けいれん 回数 回 最後は 年 月 日 ダイアブ座薬の指示 無・有(度以上)								
		8. 喘息及び喘息様気管支炎 吸入したこと 無・有								
		9. その他()								
		入院歴 無・有								
		病名: (歳 か月)			治療中			・ 治癒した		
		病名: (歳 か月)			治療中			・ 治癒した		
		常時内服している薬			無・有(薬剤名			回数 回)		
		常時使用している外用薬・吸入薬			無・有(薬剤名			回数 回)		
アレルギーの状況	食物	無・有(食物名:)								
		食事制限の程度や内容()								
		環境	無・有(ダニ・ハウスダスト・動物・その他:)							

登録時の身体・精神的状態(小学生は★の項目を必ず記入)	★食事	食事内容 ミルク・離乳食・普通食・アレルギー食(除去内容)								
		・ ミルクの間隔			時間ごと			ml		
		普段の食事量 多い・普通・少ない								
		・好きなもの()								
		・嫌いなもの()								
	睡眠	飲み方 コップ・マグ・哺乳瓶・その他()								
		お昼寝の時間			時間程度			何時ごろ 時, 時		
	★遊び	寝方 おんぶ・抱っこ・トントン・添い寝・その他()								
		ひとりで遊ぶことが多い・兄弟姉妹と遊ぶことが多い・大人と遊ぶことが多い								
		・好きな遊び()								
		・お気に入りのもの・安心するもの()								
	★性格	・好きなキャラクター()								
		明瞭・温順・わんぱく・涙もろい・我慢強い・几帳面・頑固・内気・()								
排泄	オムツ・トイレトレーニング中・自立・寝るときのみオムツ・()									
活動	おすすめ 安定してひとりで座れる・ひとりでは座れない・()									
	6か月～1歳の子 歩行 つたえ歩き・数歩なら歩ける・安定して歩ける・()									
★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など具体的に記入してください。									

【利用料金の確認】 () 生活保護世帯に該当する () 市町村民税非課税世帯に該当する
 ※住所が町内にあり上記に該当する場合は、減免となる場合がありますので () に○をつけてください。

個人情報等の提供に当たっての署名欄
 町が病児保育事業の実施に必要な個人情報, 利用料金の設定に必要な世帯情報や市町村民税の情報(同一世帯者を含む)について情報提供ネットワークシステム等を利用・閲覧し, 病児保育実施機関に対して提示することに同意します。

保護者氏名
 (裏面)

利根町病児保育事業利用登録申込書 （記入例）

利根町長 様

必ず、申込日・保護者氏名
をお願いいたします。

利根町病児保育事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり利用登録の申し込みをします。

該当の箇所にご記入ください。

申込日 令和〇年 〇月 〇日
 保護者氏名 利根 次郎

登録児童	フリガナ 児童氏名		愛称	性別	生年月日
	トネ タロウ 利根 太郎		たろう	男・女	令和〇年 1月 1日
	自宅住所	〒 300-1622 利根町布川〇〇〇番地〇〇		自宅電話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	通園・通学 施設	〇〇園	<small>保育所 認定こども園 幼稚園 事業所内保育所・小学校</small>	通園・通学 施設電話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	かかりつけ 医療機関	名称	〇〇クリニック	担当医師名	△△先生
	住所	〇〇市〇〇〇番地〇〇		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

保護者の連絡先	保護者氏名（フリガナ）		続柄	年齢	勤務先	名称	利根町役場
	利根 次郎（トネ ジロウ）		父	30		住所	利根町布川841番地1
	携帯電話	012-3456-7890				電話	0297-68-2211
	保護者氏名（フリガナ）		続柄	年齢	勤務先	名称	〇〇店
利根 花子（トネ ハナコ）		母	30	住所		〇〇市〇〇番地〇〇	
携帯電話	012-3456-7891			電話		〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	

保護者以外の緊急連絡先	氏名（フリガナ）		続柄	年齢	（保護者以外） 家族構成	氏名（フリガナ）		続柄	年齢	
	利根 四郎（トネ シロウ）		祖父	70		利根 四郎（トネ シロウ）		祖父	70	
	携帯電話	012-3456-7892					利根 優子（トネ ユウコ）		祖母	65
	氏名（フリガナ）		続柄	年齢		利根 三郎（トネ サブロウ）		叔父	35	
利根 優子（トネ ユウコ）		祖母	65	利根 五郎（トネ ゴロウ）		弟	0			
携帯電話	012-3456-7893									

登録時の健康状態①	出生時の異常 無 有（ ）		発育・発達 ふつう ・健診などで指摘あり			
	予防注射	BCG	受けていない・ 受けた		三種混合（DPT）	受けていない・ 受けた
		Hib（インフルエンザ菌b型）	受けていない・ 受けた（1）回		四種混合（DPT-IPV）	受けていない・ 受けた（1）回
		麻疹風疹混合（MR）	受けていない・ 受けた（1）回		肺炎球菌（PCV13）	受けていない・ 受けた（1）回
		ロタウイルス（経口）	受けていない・ 受けた（1）回		B型肝炎	受けていない・ 受けた（1）回
		水痘（みずぼうそう）	受けていない・ 受けた（1）回		おたふくかぜ	受けていない・ 受けた（1）回
		日本脳炎	受けていない・ 受けた（1）回		ポリオ（IPV）	受けていない・ 受けた
		その他	受けていない・ 受けた（1）回		※経口（ ）回・注射（ ）回	

（※裏面もご記入ください。）

登録日： 年 月 日 登録番号：

（表面）

登録時の健康状態②	病歴	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 突発性発疹 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹(三日ばしか) 4. 水痘(みずぼうそう) 5. おたふくかぜ 6. 百日咳 7. 熱性けいれん 回数 回 最後は 年 月 日 ダイアブ座薬の指示 無・有 (度以上) 8. 喘息及び喘息様気管支炎 吸入したこと 無・有 9. その他 ()	
	入院歴 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 病名: ○○ 治療中 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 治癒した 病名: (歳 か月) 治療中 ・ 治癒した	
	常時内服している薬 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (薬剤名 ○○ 回数 3回) 常時使用している外用薬・吸入薬 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (薬剤名 ○○ 回数 2回)	
アレルギーの状況	食物	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (食物名:)
	食事制限の程度や内容 ()	
	環境	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他:)

登録時の身体・精神的状態(小学生は★の項目を必ず記入)	★食事	食事内容	ミルク・離乳食・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通食・アレルギー食(除去内容)
			・ミルクの間隔 時間ごと ml
			普段の食事量 多い・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通・少ない
			・好きなもの (<input checked="" type="checkbox"/> リンゴ・バナナ)
			・嫌いなもの (<input checked="" type="checkbox"/> ピーマン・ニンジン)
	睡眠	飲み方	<input checked="" type="checkbox"/> コップ・マグ・哺乳瓶・その他 ()
		お昼寝の時間	1 時間程度 何時ごろ 時, 時
	★遊び	寝方	<input checked="" type="checkbox"/> おんぶ・抱っこ・トントン・添い寝・その他 ()
		ひとりで遊ぶことが多い・ <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹と遊ぶことが多い・大人と遊ぶことが多い	
		・好きな遊び (<input checked="" type="checkbox"/> ゲーム)	
		・お気に入りのもの・安心するもの (<input checked="" type="checkbox"/> タオル、背中をトントンする)	
	★性格	・好きなキャラクター (<input checked="" type="checkbox"/> とねりん)	
		明瞭・温順・ <input checked="" type="checkbox"/> わんぱく・涙もろい・我慢強い・几帳面・頑固・内気・ ()	
排泄	オムツ・ <input checked="" type="checkbox"/> トイレトレーニング中・自立・寝るときのみオムツ・ ()		
	活動	おすすめ <input checked="" type="checkbox"/> 安定してひとりで座れる・ひとりで座れない・ ()	
6か月～1歳の子	歩行	<input checked="" type="checkbox"/> つたえ歩き・ <input checked="" type="checkbox"/> 数歩なら歩ける・安定して歩ける・ ()	
	★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など具体的に記入してください。	

【利用料金の確認】 () 生活保護世帯に該当する () 市町村民税非課税世帯に該当する
 ※住所が町内にあり上記に該当する場合は、減免となる場合があるので () に○をつけてください。

個人情報等の提供に当たっての署名欄
 町が病児保育事業の実施に必要な個人情報, 利用料金の設定に必要な世帯情報や市町村民税の情報(同一世帯者を含む)について情報提供ネットワークシステム等を利用・閲覧し, 病児保育実施機関に対して提示することに同意します。

保護者名を忘れずにご記入下さい。 保護者氏名