

北区病児・病後児保育利用登録申込書

北区教育委員会 殿

年 月 日

申込者（保護者） 住所

ふりがな
氏名

電話番号

以下の記載内容のとおり、北区病児・病後児保育の利用登録を申し込みます。

また、この申込書を実施施設で使用すること、教育委員会が申込者の課税状況と公的扶助に関して必要に応じて調査すること及び実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

| | | | | | | | | |
|--------------|---|--------|-----|-------|-----------------|----------|--------|-----|
| ふりがな 児童氏名 | | 男・女 | | 通所施設名 | | (歳児クラス) | | |
| 生年月日 | | 年 月 日生 | | 愛称 | | | | |
| 緊急連絡先 | 父 | 氏名 | | TEL | | 携帯TEL | | |
| | | 勤務先 | | | | | | |
| | 母 | 氏名 | | TEL | | 携帯TEL | | |
| | | 勤務先 | | | | | | |
| | 他 | 氏名 | | TEL | | 乳幼児との関係 | | |
| | かかりつけの医療機関 | | | | | | 携帯TEL | |
| ふりがな 兄弟氏名 | | 兄弟利用実績 | | 有・無 | | | | |
| 予防接種 | 予防接種名 | | 時期 | 年・月・日 | 予防接種名 | 時期 | 年・月・日 | |
| | BCG | | / | | 肺炎球菌 (PCV13) | 1回目 | ・ | |
| | 四種混合(DPT-IPV) 百日咳 破傷風 ジフテリア ポリオ | 1期 | 1回目 | ・ | | 2回目 | ・ | |
| | | | 2回目 | ・ | | 3回目 | ・ | |
| | | | 3回目 | ・ | | 追加 | / | |
| | インフルエンザ菌b型 (ヒブ) | 1期 | 1回目 | ・ | 水痘(水ぼうそう) | 基礎 | 1回目 | ・ |
| | | | 2回目 | ・ | | 2回目 | ・ | |
| | | | 3回目 | ・ | 日本脳炎 | 基礎 | 1回目 | ・ |
| | | 追加 | / | | | 追加 | / | |
| | B型肝炎 | 1回目 | | ・ | おたふくかぜ | 基礎 | 1回目 | ・ |
| | | 2回目 | | ・ | | | 2回目 | ・ |
| | | 3回目 | | ・ | | | ロタウイルス | 1回目 |
| 麻しん・風しん(MR) | | 第1期 | ・ | 2回目 | ・ | | | |
| | | 第2期 | ・ | 3回目 | ・ | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|--------------|--------|--|-----------------|-----------------|-----------------------------|--|
| これまでにかかった病気 | 病名 | かかった年齢 | | 病名 | かかった年齢 | | |
| | 麻疹 | | | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | | |
| | 水痘(水ぼうそう) | | | 風疹(三日ばしか) | | | |
| | 百日咳 | | | 突発性発疹 | | | |
| | その他() | | | 喘息 | 薬を飲んでいる・いない・発作時 | | |
| | 熱性けいれん(ひきつけ) | 初回 | | | 貼付薬を貼っている・いない | | |
| | | 最後に | | | アトピー性 皮膚炎 | 治療している・いない (内服薬・軟膏・食事制限) | |
| | これまでに 回 | | | | | | |
| 入院の経験 | なし・あり (病名) | | | | | | |
| 常用薬 | なし・あり (薬品名) | | | | | | |
| 薬物・食物・ミルクアレルギー | なし・あり () | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|-------|------|------|------|-------------|------|
| 発達 | 首のすわり | ヶ月 | はいはい | ヶ月 | 一人歩き | ヶ月 |
| | おすわり | ヶ月 | 人見知り | ヶ月 | 初語(意味のある言葉) | ヶ月 |
| 既往歴・怪我 年齢 | | 歳 か月 | 歳 か月 | 歳 か月 | 歳 か月 | 歳 か月 |
| | | 歳 か月 | 歳 か月 | 歳 か月 | 歳 か月 | 歳 か月 |

記入例

登録番号No. **記入は不要です**

北区病児・病後児保育利用登録申込書

北区教育委員会 殿

令和3年 4月 1日

申込者(保護者) 住所 〒***-*** 北区王子〇-〇-〇

氏名 **北区 太郎**

電話番号 03-***-***

以下の記載内容のとおり、北区病児・病後児保育の利用登録を申し込みます。また、この申込書を実施施設で使用する事、教育委員会が申込者の課税状況と公的扶助に関して必要に応じて調査すること及び実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

| | | | | | | |
|----------------|--------------------------------------|---|--|------------------------------|---|----|
| 児童氏名 | 北区 一郎 | 男・女 | 通所施設名 | 〇〇保育園 (0歳児クラス) | | |
| 生年月日 | 令和元年 5月 1日生 | 愛称 | いっちゃん | | | |
| 緊急連絡先 | 父 氏名 | 北区 緊急連絡先は2か所以上ご記入ください | | | | |
| | 父 勤務先 | 〇〇株式会社 | TEL | 03-***-*** 携帯TEL 090-***-*** | | |
| | 母 氏名 | 北区 花子 | 勤務先の連絡先をご記入ください 保護者の携帯番号をご記入ください | | | |
| | 母 勤務先 | 〇〇株式会社 | TEL | 03-***-*** 携帯TEL 080-***-*** | | |
| | 他 氏名 | 赤羽 桜 | TEL | 03-***-*** 乳幼児との関係 祖母 | | |
| かかりつけの医療機関 | 〇〇クリニック | | 携帯TEL | 090-***-*** | | |
| 兄弟氏名 | 北区 次郎 | 兄弟利用実績 父母以外で緊急時に連絡が取れる方をご記入ください。 | | | | |
| 予防接種 | 予防接種名 | 時期 | 年・月・日 | 年・月・日 | | |
| | BCG | | 01・09・20 | 01・09・12 | | |
| | 四種混合(DPT-I PV) | 1期 | 追加 | | | |
| | | 百日咳 破傷風 ジフテリア ポリオ | | | | |
| | インフルエンザ菌b型(ヒブ) | 1期 | 追加 | | | |
| | | | | | | |
| | B型肝炎 | | | | | |
| 麻しん・風しん(MR) | 第2期 | | 02・12・10 | 02・11・18 | | |
| これまでにかかった病気 | 病名 | かかった年齢 | 病名 | かかった年齢 | | |
| | 麻疹 | 1歳2か月 | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | | |
| | 水痘(水ぼうそう) | 1歳 | | | | |
| | 百日咳 | | | | | |
| | その他() | | | い・発作時 | | |
| | 熱性けいれん(ひきつけ) | 初回 | | い・いない | | |
| | 最後 | | いない | | | |
| | これまでに | 1回 | 反胃 | (内服薬・軟膏・食事制限) | | |
| 入院の経験 | なし・あり(病名) | | | | | |
| 常用薬 | なし・あり(薬品名 アスピリン 必ず記入してください。) | | | | | |
| 薬物・食物・ミルクアレルギー | なし・あり(卵、牛乳) | | | | | |
| 発達 | 首のすわり | 母子手帳に記載の日付をご記入ください。 | | | 月 | |
| | おすわり | | | | 月 | |
| 既往歴・怪我 年齢 | 歳 | か月 | 歳 | か月 | 歳 | か月 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |