

砂川市病児・病後児保育（新規・変更）登録申込書

年 月 日

砂川市長 様

住所
 申込者 _____
 氏名 _____

病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり（新規・変更）登録を申込みます。

ふりがな		性別	生年月日	年齢		
児童の氏名				歳 か月		
同居の家族	家族の氏名	続柄	生年月日	勤務先	勤務先電話	緊急連絡先
日常の保育状況	<input type="checkbox"/> 市立保育所を利用 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 市立病院院内保育所を利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園を利用 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> 学童保育所を利用 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他保育施設を利用 (施設名: _____)					
掛り付けの病院	診療科: _____ 科 (病院名: _____)					
健康保険	種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他	記号	番号		
同意書						
病児・病後児保育施設の利用に必要な私又は私の世帯に属する者の収入、課税状況並びに世帯員の状況等について、公簿等により確認することに同意します。 年 月 日 氏名 _____						

（裏面もご記入願います。）

※市記入欄

施設利用確認欄	児童が属する世帯の区分	利用者負担額	登録番号
	市内に住所を有する生活保護世帯・市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 0 円	
	市内に住所を有する上記以外の世帯	<input type="checkbox"/> 2,000 円	
	市外に住所を有する世帯	<input type="checkbox"/> 3,000 円	

(裏面)

健康調査票

児童の保育に備えて詳しく伺います。母子健康手帳等に基づいてご記入ください。

出産状態 乳幼児期の発達	・分娩時の異常 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・在胎 () 週 ・出産時体重 () グラム ・首の座り () か月 ・お座り () か月 ・一人歩き () か月 ・言葉の始まり () か月	
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG (年 月) <input type="checkbox"/> 四種混合 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> 五種混合 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> Hib 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> MR 1期 (年 月) 2期 (年 月) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) 追加 (年 月) <input type="checkbox"/> 水とう (水ぼうそう) 1回 (年 月) 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> ロタ (価) 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 1回 (年 月) 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> B型肝炎 1回 (年 月) 2回 (年 月) 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期1回 (年 月) 1期2回 (年 月) 1期3回 (年 月) 2期1回 (年 月) <input type="checkbox"/> その他 () (年 月)	
今までにかかった 感染症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水とう(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> しょうこう熱 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> B型肝炎(キャリアを含む。) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 突発性湿しん <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
その他、今までにかかった病気等で 注意すべきもの	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回： 歳時 以後： 回反復 最終： 年 月) <input type="checkbox"/> ぜん息 (<input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時のみ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (アレルギー品目：) <input type="checkbox"/> 無 (アレルギーの症状：)	
普段の食事	乳児	栄養法 (<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合) 1日 (回 cc) 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) 1日 () 回
	幼児 以上	好きなもの () 嫌いなもの () 食欲 (<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食) 食事形態 <input type="checkbox"/> 一人で食べられる
生活状態	排せつ	<input type="checkbox"/> 全ておむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 寝る時のみおむつ <input type="checkbox"/> 自立している ※排せつの予告 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
	睡眠	睡眠時間 (昼 : ~ :) (夜 : ~ :) 寝つき (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 寝起き (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 寝るときの様子や癖 ()
	性格	<input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 勝気 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 乱暴
○その他、児童を預けられる際、職員に知っておいてほしいこと、気掛かりなこと、要望等があれば記入してください。		