

様式第2号(第6条関係)

令和5年度病児・病後児保育事業

令和 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

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	菟田南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 童	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 年齢 歳 月
	保育所(園) 組	幼稚園 組
保 護 者	父(氏名) 母(氏名)	家での呼び方
	住所(〒 -) 自宅電話 - - 市 町 番地	
連 絡 先	父・勤務先 電話 - -	
	母・勤務先 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	
	出産時の異常	
	発達の異常	
アレルギーについて		
	(1)薬アレルギー	なし・あり (薬剤名 症状)
	(2)食物アレルギー	なし・あり (薬剤名 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	済 ・ 接種途中 ・ 未	
	肺 炎 球 菌	済 ・ 接種途中 ・ 未	
	BCG	済 ・ 未	
	四 種 混 合	済 ・ 接種途中 ・ 未	
	麻 し ん (MR) 風 し ん	済 ・ 接種途中 ・ 未	感染した ・ 未 感染した ・ 未
	流 行 性 耳 下 腺 炎	済 ・ 未	感染した ・ 未
	水 痘	済 ・ 未	感染した ・ 未
	日 本 脳 炎	済 ・ 接種途中 ・ 未	
	口 夕	済 ・ 未	感染した ・ 未
病 歴 ・ 生 活 状 況	B 型 肝 炎	済 ・ 接種途中 ・ 未	
	今までの大きな病気		
そ の 他	熱性けいれん なし・あり(今までに 回)最終 平成 年 月ごろ 入院 なし・あり(病名)		
	(1)食事介助 種類	要 ・ 不要 (スプーンのみ・箸が使える) 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	
そ の 他	(3)衣服介助	要 ・ 不要	
	(4)昼寝の習慣	あり ・ なし	
心配なこと、配慮してほしいこと(具体的に) _____ _____ _____			

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、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