

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	芥見大般若1-84	昭和町2-11	寺田7-98-1	日野南7-10-7	六条南2-8-20	蕨田南1-4-20
方県地区	芥見地区	木之本地区	合渡地区	日野地区	三里地区	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)	家での呼び方
	母(氏名)	
連 絡 先	住所(〒 - ) 自宅電話 - - 市 町 番地	
	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		
	ロ タ	済 ・ 未	感染した ・ 未	
B 型 肝 炎	済 ・ 接種途中 ・ 未			
病 歴 ・ 生 活 状 況	今までの大きな病気			
	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		
	(3)衣服介助	要 ・ 不要		
	(4)昼寝の習慣	あり ・ なし		
	そ の 他	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を、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