

様式第2号(第6条関係)

令和 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(複数可)						
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	菰田南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	性別 男・女	生年月日 年 月 日 年齢 歳 か月
	保育所(園) 組		幼稚園 組
	認定こども園 組		小学校 年 組
保 護 者	父(氏名) 母(氏名)		家での呼び方
	住所(〒 ー) 自宅電話 ー ー 市 町 番地		
連 絡 先	父・勤務先 母・勤務先		電話 ー ー 電話 ー ー
	緊急連絡先 父・母・その他(関係 氏名) 電話 ー ー		
かかりつけの医院・病院			
発 達	妊娠中の異常	なし ・ あり (具体的に)	
	出産時の異常	なし ・ あり (具体的に)	
	障がいについて	なし ・ あり (具体的に)	
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 タ	済 ・ 未	感染した ・ 未
病 歴 ・ 生 活 状 況 そ の 他	B 型 肝 炎	済 ・ 接種途中 ・ 未	
	今までの大きな病気		
	熱性けいれん 入院	なし ・ あり(今までに 回) 最終 平成 年 月ごろ 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を具体的に記入してください。 	

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