

様式第1号(第8条関係)

※市及び実施施設使用欄
登録番号 :

諏訪市病児・病後児保育利用登録票

年 月 日

(あて先) 諏訪市長

保護者 住所
氏名
電話

次のとおり利用登録の申し込みをします。

登録児童	児童氏名 (ふりがな)		愛称	性別	生年月日
				男・女	年 月 日
	通園・通学施設名	電話 ()			
保護者	氏名	続柄	連絡先	勤務先	
			電話 ()	名称	
			携帯電話	電話 ()	
			電話 ()	名称	
			携帯電話	電話 ()	
児童の兄弟姉妹		才 (男・女)	才 (男・女)	才 (男・女)	
周産期	妊娠中の異常 : 無 ・ 有 ()				
	出生時の体重 : g				
	出産時の状況 : 予定どおり ・ 日早かった・遅かった (在胎週)				
	出産時の異常 : 無 ・ 有 ()				
発達	首のすわり (ケ月)	おすわり (ケ月)	つかまり立ち (ケ月)		
	一人歩き (ケ月)	人見知り (ケ月)	あと追い (ケ月)		
	栄養法 : 母乳・人工・混合	初語 (意味のあることば) (ケ月)			
予防接種	【接種済みに○印】				
	B C G	四種混合	五種混合	麻しん風しん混合	
	日本脳炎	H i b	肺炎球菌	水痘	
	ロタウイルス	B型肝炎			
	その他	〔 〕			

裏面もご記入ください

感 染 症 歴	はしか： 年 月 (才 カ月) 水ぼうそう : 年 月 (才 カ月)
	風 瘡： 年 月 (才 カ月) おたふくかぜ： 年 月 (才 カ月)
	百日咳： 年 月 (才 カ月) その他：
これ ま で の 病 気	痙攣 (熱性痙攣含む) : 無 ・ 初回 才 カ月 (これまでに 回)
	入院 : 無 ・ 有 (病名 /)
	ぜんそく・アトピー性皮膚炎・生まれつきの疾患等あればお書き下さい。
薬	常時服用している薬があればお書き下さい。 薬の飲み方：そのまま・コップ・スポット・スプーン・その他()
その 他	体質 (食物アレルギー等) やくせ、食事の様子、お昼寝、好きな遊びなど、心配な事、配慮して欲しい事について具体的にお書き下さい。