

令和 年度 病後期一時託児事業利用登録申込書

登録番号

(あて先) 岡 崎 市 長

令和 年 月 日記入

保護者名

末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないでください。

登録児童	児童氏名(ふりがな)		愛称	性別	生年月日		
				男	年 月 日		
				女	(歳 ヶ月)		
	住所 (〒 -)						
	電話番号 () -						
	児童の兄弟姉妹		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)		
通園施設名		() 保育園 幼稚園 小学校		電話			
かかりつけ医		内科 () 医院・病院		() 先生			
		外科 () 医院・病院		() 先生			
保護者緊急連絡先	氏名		(歳)	続柄	父・母 その他()		
	氏名		(歳)	続柄	父・母 その他()		
	父	勤務先	(市)		連絡先	会社	
		電話				携帯	
	母	勤務先	(市)		連絡先	会社	
		電話				携帯	
新生児期		出生時体重 ()kg		在胎週数 ()週			
		出生時の異常 (有・無) どんな異常()					
発育・発達		普通・少し遅れていると思う・わからない					
既往歴 - かかった病気に をつけてください -							
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ							
6. 熱性けいれん (回数 回) (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有・無) 7. 百日咳							
8. アトピー性皮膚炎 9. 手足口病 10. 川崎病 11. 伝染性紅斑(りんご病)							
12. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 13. その他()							
入院歴	ない・ある (病名: 歳 ヶ月)		(病名: 歳 ヶ月)				
手術歴	ない・ある (病名: 歳 ヶ月)		(病名: 歳 ヶ月)				
常時服用している薬	ない・ある (具体的に:)						
食事制限	ない・ある (具体的に:)						
食物アレルギー	ない・ある (具体的に:)						
薬物アレルギー	ない・ある (具体的に:)						
その他アレルギー	ない・ある (具体的に:)						
その他	体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的に記入してください。						

受付日

処理