

様式第1号（第9条関係）

登録番号	
有効期限	年 月 日

寄居町病後児保育利用者登録申請書

(宛先)

寄居町長

病後児保育の利用登録をしたいので、次のとおり申請します。

なお、町が登録の承認に必要な住民基本台帳情報を閲覧すること、この登録申請書の写しを委託事業者へ送付すること及び委託事業者から利用状況の報告を受けることに同意します。

年 月 日

申請者（保護者）氏名

㊞

児童	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 (年 月 日 歳 ヶ月)		
住所	〒 寄居町大字 番地 電話番号:				
保護者	氏名	続柄	勤務先名	勤務先電話番号	携帯電話番号
緊急時 連絡先	①	{ 父・母・その他 () } の { 勤務先・携帯・その他 () }			
	②	{ 父・母・その他 () } の { 勤務先・携帯・その他 () }			
かかり つけ医	医療機関名、医師名等 電話番号:				
生育 歴	妊娠中の異常: なし・あり ()				
	出生時の体重:	g	在胎 週	首のすわり:	ヶ月 おすわり: ヶ月
	一人歩き:	ヶ月	母親の後追い:	ヶ月	初語 (意味のあることば): 歳 ヶ月
	人見知り:	ヶ月	栄養法: 母乳・人工・混合離	離乳食摂取期間: ヶ月 ~ ヶ月	
既往 歴	<input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 湿しん <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅はん (りんご病) <input type="checkbox"/> その他 ()				
予 防 接 種	<input type="checkbox"/> 四種混合 (回・追加)		<input type="checkbox"/> ヒブ (回・追加)		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (回・追加)
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (回・追加)		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回・追加)		<input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん混合) (回)
	<input type="checkbox"/> ポリオ (回)		<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) (回)
食 べ 物 の 制 限	なし・あり (理由:) ※制限があるもの <input type="checkbox"/> 全卵 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他 ()				
そ の 他	児童の体質(薬物アレルギー等)やくせ等、心配なことや配慮してほしいことを記入してください。				