

登録番号	
有効期限	令和 年3月31日

深谷市病後児保育利用者登録申請書

深谷市長 宛て

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、市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。

令和元年 9月 2日 申請者(保護者) (自署) 氏名 深谷 みらい

児童	ふりがな ふかや つばさ 氏名 深谷 つばさ	男・女 女	生年月日 平成 29 年 5 月 1 日 (2 歳 5 ヶ月)		
住所	〒 366-XXXX 電話番号： 080-XXXX-XXXX 深谷市 仲町XX-X				
保護者	氏名	続柄	勤務先名	勤務先電話番号	携帯電話番号
	深谷 明	父	(株)〇〇〇 ☆☆課	048-XXX-XXXX	090-XXXX-XXXX
	深谷 みらい	母	(株)△△△△	045-XXX-XXXX	080-XXXX-XXXX
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 (祖母) } の { 勤務先・携帯・その他 (080-XXXX-XXXX) }				
かかりつけ医	医療機関名、医師名等 〇〇クリニック		電話番号： 048-XXX-XXXX		
生育歴	妊娠中の異常： <input checked="" type="checkbox"/> あり ()				
	出生時体重： 3,000 g	在胎： 40 週	首のすわり： 3 ヶ月	おすわり： 6 ヶ月	
	一人歩き： 12 ヶ月	母親の後追い： 8~10 ヶ月	初語(意味のあることば)： 1 歳 0 ヶ月		
	人見知り： 6~7 ヶ月	栄養法：母乳・人工・ <input checked="" type="checkbox"/> 混合	離乳食摂取期間： 6 ヶ月~ 12 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ヒブ (3 回・ <input checked="" type="checkbox"/> 追加)	<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (3 回・追加)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 三種混合 (3 回・ <input checked="" type="checkbox"/> 追加)		<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎 (3 回・追加)	<input checked="" type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合) (1 回)	
	<input checked="" type="checkbox"/> ポリオ (2 回)		<input checked="" type="checkbox"/> BCG	<input checked="" type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) (2 回)	
食べ物の制限	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり (理由： アレルギー) ※制限があるもの <input type="checkbox"/> 全卵 <input checked="" type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> 卵白 <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input checked="" 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。 卵、牛乳、小麦粉のアレルギーがあり、これらを飲食するとじんましんが出ますので、配慮してください。				