

**③病児保育利用申請書**  
(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

年 月 日

(あて先) ふたばすまいるキッズ 施設長

フリガナ  
申請者氏名  
住 所  
電 話

次のとおり、関係書類を添えて申請します。なお、許可を受けたときには期間中は実施施設の指示に従います。

フリガナ 氏名	男 女	生 年 月 日	年 月 日 歳
保護者名		勤務先	TEL
緊急時の 連絡先	①氏名 (対象児との続柄) 住所 TEL		
	②氏名 (対象児との続柄) 住所 TEL		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間		
病気の経過	・病名 ( ) ・いつから保育所を休んでいますか ( 年 月 日 から ) ・薬は飲んでいますか 服薬 ( あり なし ) ・あてはまる症状に○をしてください 発熱 ( °C) 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 けいれん 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他 ( )		
家庭医	TEL		
既往歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ( )		
栄養方法	授乳中 ( 母乳 ・ 人工 ・ 混合 1回 cc × 回) 離乳食 ( ドロドロ ・ 舌でつぶせる ・ 歯ぐきでつぶせる ・ 歯でかめる 回) 普通食		
食事状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる (はし スプーン)		
行動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由		
排泄	①おむつ (排泄教える 教えない) ②時々おもらし ③自立		
注意事項	その他、特に注意する点があればお書きください。		

※申請の際は、母子健康手帳、健康保険証をご持参ください。  
登録申請書に同じ項目がありますが、直近の状況を把握する必要がありますのでご記入ください。

(施設記入欄)	病児保育を	1 許可する	2 許可しない
---------	-------	--------	---------

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

<p>(全員共通)</p> <p>BCG</p> <p>ヒブ</p> <p>肺炎球菌</p> <p>B型肝炎</p> <p>麻しん風しん混合</p> <p>水痘</p> <p>おたふくかぜ</p> <p>ロタウィルス (①ロタリックス、②ロタテック)</p> <p>日本脳炎</p>	<p>未 ・ 済</p> <p>未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加</p> <p>未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加</p> <p>未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回</p> <p>未 ・ 第1期 ・ 第2期</p> <p>未 ・ 1回 ・ 2回</p> <p>未 ・ 1回 ・ 2回</p> <p>未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回</p> <p>未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加 ・ 第2期</p>
<p>(年齢により異なるもの)</p> <p>ポリオ (生ワクチン)</p> <p>ポリオ (不活化ワクチン)</p> <p>三種混合 / 四種混合</p> <p>三種混合、四種混合はいずれかを ○で囲んでください。 四種混合接種の方は、ポリオについて の記載は不要です。</p> <p>その他のワクチン (インフルエンザワクチンを除く)</p>	<p>未 ・ 1回 ・ 2回</p> <p>未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加</p> <p>未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加</p> <p>項目・回数を記載してください</p>