

夜間保育利用登録申請書兼保育台帳

年 月 日

(あて先) 高山市長

申請者(保護者等) 〒 _____
 住 所
 氏 名
 電 話

夜間保育を利用したいので、次のとおり登録申請します。なお、記入した個人情報は、高山市と夜間保育実施施設で共有すること及び高山市または夜間保育実施施設が必要に応じて通園先や受診された医療機関等に児童の情報を確認することに同意します。

1. 利用児童

(フリガナ)		生年月日	年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	登録番号 No.
児 童 氏 名					
登 録 希 望 日	年 月 日				

2. 利用児童の家庭の状況

氏 名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先・学校名・保育園名等
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
		年 月 日	歳	
児童数(18歳未満の子どもの数)			人	

(事務処理欄)

年 月 日

上記の児童の夜間保育利用について、登録することを決定する。

決 裁	決定者	課 長	係 長	起案者

保育児童調査書（夜間保育用）

（裏）

※次の各項目及び該当する□にレ点を記入してください。

(フリガナ)		生年 月 日	年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	登録番号 No.
児 童 氏 名					
在籍保育園等名称					
緊急連絡先①	氏名 (児童との続柄)	電話			
緊急連絡先②	氏名 (児童との続柄)	電話			
緊急連絡先③ (保護者就労先)	(父)	電話			
	(母)	電話			
かかりつけ 医療機関		電話			
保険証記号番号	—	福祉医療 受給資格者番号	—		
平 熱	℃				
既往歴等	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()				
体 質	熱が出やすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	皮膚がかぶれやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	おう吐しやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	ぜんそくがある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	下痢しやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	ひきつけたこがある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	じんましんが出やすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	関節が外れやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(部位)		
	アレルギーがある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(原因物質)		
予 防 接 種	H i b	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回			
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加			
	4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期			
	B C G	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
	MR (麻疹、風疹)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回			
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期			
	ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
	おたふく	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回			
常時使用している薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
健康について伝えておきたいこと					
食事のしかた	<input type="checkbox"/> 自分で食べる (<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク)		<input type="checkbox"/> 介助している		
排泄のしかた	<input type="checkbox"/> 自分でする	<input type="checkbox"/> 介助している (<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> 教える時もある)		<input type="checkbox"/> おむつ使用 (<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	