様式第2号（第8条関係）（表面）

士幌町病後児保育事業利用申請書

年　　月　　日記入

利用児童	児童氏名（ふりがな）	愛　　称	性　別	生　年　月　日
			男 女	年　　月　　日 （　　才　　ヵ月）
	保護者氏名（ふりがな）	通　園　・通　所　施　設　に　つ　い　て　（該当番号に〇）		
		1 士幌町認定こども園　2 中士幌保育園　3 川西へき地保育所 4 上居辺へき地保育所　5 佐倉へき地保育所		
	自宅住所　（〒　　ー　　）		父　携　帯: 母　携　帯:	
	自宅電話番号:		FAX番号:	

健康保険番号	血液型	平熱	かかりつけ病院	父母以外の緊急連絡先
	型 （Rh　）	℃	電話番号	氏名　　続柄 電話番号

〇児童の健康と成育の様子

既往症	☐ はしか（　　才）　☐ 風疹（　　才） ☐ おたふく　☐ その他 （　　才）　（　　） ☐ 水ぼうそう （　　才）	予防接種	☐ BCG　☐ 麻疹、風疹混合（1・2） ☐ おたふく　☐ ポリオ(1・2)　☐ 不活化ポリオ ☐ 水ぼうそう　☐ 三種混合（第1期1・2・3・追加） ☐ ヒブワクチン（1・2・3・4） ☐ 肺炎球菌（1・2・3・4） ☐ 四種混合（第1期1・2・3・追加）

健康診断	4カ月検診	1年6ヵ月健診	健診で指導を受けた事柄があれば記入してください。
	受診　・　未	受診　・　未	
	10ヵ月健診	3才児健診	
	受診　・　未	受診　・　未	

健康の様子	体　質　的　な　も　の			習　　性	
	☐ じんましん	☐ 自家中毒	☐ 脱腸	☐ 発音が不明瞭	☐ 便秘
	☐ 水いぼ	☐ 脱臼	☐ 耳だれ	☐ チック	☐ 夜尿
	☐ しっしん	☐ 偏食	☐ へんとうせん肥大	☐ 頻尿	
	☐ 転びやすい	☐ 下痢しやすい	☐ 風邪をひきやすい		

アレルギー			
	☐ 食品のアレルギー	食品名:	症状:
	☐ 食事制限	（　　）	
	☐ 薬品のアレルギー	薬名:	症状:
	☐ その他のアレルギー	（　　）	

治療中の病気や特に注意することはありますか。

年　　月　　日

士幌町長　様

上記のとおり相違ありませんので、士幌町病後児保育事業を利用したく申請します。

申込者　　住所　　士幌町

（保護者）　　氏名　　㊞

電話

様式第2号（第8条関係）（裏面）

周産期	・ 妊娠中の異常　なし　・　あり（　　） ・ 出産時の異常　なし　・　あり（　　） ・ 出産時の体重　（　　g）
乳幼児の発達	・ 首のすわり　：　ヵ月　・ 離乳食開始時期 ・ お座り　：　ヵ月　前期　ヵ月　・ 中期　ヵ月　・ 後期　ヵ月 ・ 一人歩き　：　ヵ月　・ 幼児食開始時期 ・ 母乳　・ 人工　・ 混合　才　ヵ月
既往歴	上記の既往歴がある方はご記入ください。 ☐ ひきつけ　才　ヵ月　→ 最後に起こしたのは　年　月 薬：なし　・　ある（薬名　　） ☐ 熱性けいれん　才　ヵ月　→ 最後に起こしたのは　年　月 薬：なし　・　ある（薬名　　） ☐ 喘息　才　ヵ月　→ 毎日薬を飲んでいる　・　発作時のみ（薬名　　） 毎日吸入している　・　発作時のみ（薬名　　） ☐ アトピー性皮膚炎　症　状： 治療内容：
生活状況	・ 好きなあそび： ・ 性　格： ・ 睡　眠：就寝時間　時頃　・ 起床時間　時頃 ・ 午　睡：寝つき　良い　・　悪い ・ 一人で　・ 添い寝　・ 抱っこ ・ 普段の生活 6時　12時　18時　21時 △：起床　○：食事　◎：おやつ　□：就寝　⟷：園・保育所で過ごす ・ その他生活についての注意点をお知らせください。 （　　）
食事	・ 一人で ☐ 食べれる　スプーンを使う　・　はしを使う ☐ 食べられない ・ 好きなもの（　　）　・ 嫌いなもの（　　）
排泄	・ 排泄方法　☐ オムツ　☐ トレーニングパンツ　☐ 出たら知らせる　☐ 自立 ・ 大便　1日　回（☐ 午前　時頃　☐ 午後　時頃　☐ 決まっていない） ・ 小便　間隔は何時間おきくらいですか？（　　時間） ・ おねしょ　☐ する　☐ しない　☐ ときどきする

その他お子さんに関して注意してほしいことはありますか？