

第1号様式

船橋市病児対応型・病後児対応型事業利用登録票

登録番号 — —

事業実施者 様 登録日 年 月 日
 修正日① 年 月 日
 修正日② 年 月 日

申請又は保護者氏名

船橋市病児対応型・病後児対応型事業を利用したいので、次のとおり登録します。

(ふりがな) 児童氏名	愛称()		年 月 日生	男・女	
自宅住所	電話 ()				
児童の所属	保育園・幼稚園・小学校 その他 () 電話 ()				
かかりつけ の医院					
保護者氏名 (緊急時の連絡 先に○をつけて 下さい)	父	() 才	携帯	勤務先名 電話 ()	
	母	() 才	携帯	勤務先名 電話 ()	
児童の 兄弟姉妹	氏名	() 才	氏名	() 才	
	氏名	() 才	氏名	() 才	
<input type="checkbox"/> 生活保護に該当する					
食事 昼食 __時頃	乳	ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工	1回量 () cc・回数 () /日	
	児	離乳食	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期	回数 () /日	
	幼 児	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> はしを使う <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う		
		食事時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則		
		食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある		
		好きな物 嫌いな物			
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけつける <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中			
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 一人でする	回数 () /日		
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> 一人でする	回数 () /日		
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない			
昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する			時間 () 時間	
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他 ()				
好きな遊び					
性格・癖・怖 がるものなど					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (有りの方は、具体的に記入して下さい)				

* 申請又は保護者の方は、登録番号欄には記入しないで下さい。

* 該当欄□に☑を付けてください。

・ご登録いただいた個人情報は事業の実施の範囲内で利用いたします。個人情報の収集目的を越えた利用及び提供は、個人情報の保護に関する法律で定める場合を除き、一切いたしません。

