

登録番号	
------	--

令和 年 月 日

長井市病児保育事業利用登録書

長井市長 宛

〒

保護者住所

保護者氏名

自宅(携帯)電話番号

次のとおり病児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては下記の事項を守ります。

(1)記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。

(2)利用中は、実施施設の指示に従うこと。

登録を希望する理由							
登録児童	児童氏名(ふりがな)	性別	生年月日		通園・通学施設名		
		男	年 月 日		()		
		女	(歳 ヶ月)		保育園・幼稚園・小学校 Tel		
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生					
	新生児期	出産時の異常(有・無)		発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり・わからない (※詳細はその他の欄に記入してください)		
家族構成(同居)	氏 名	続柄	年齢	保護者連絡先			
				氏名(ふりがな)	勤務先:		
				()	Tel		
				続柄()	携帯電話:		
				氏名(ふりがな)	勤務先:		
				()	Tel		
予防接種	五種混合	I 期(1回 2回 3回)、I 期追加		B型肝炎	1回 2回 3回		
	四種混合	I 期(1回 2回 3回)、I 期追加		小児用肺炎球菌	I 期(1回 2回 3回)、I 期追加		
	Hib(ヒブ)	I 期(1回 2回 3回)、I 期追加		水痘	1回 2回		
	麻疹・風疹(MR)	1回 2回		日本脳炎	I 期(1回 2回)、I 期追加		
	BCG	受けた・受けていない		ロタウィルス	1回 2回 (3回)		
	おたふくかぜ	1回 2回					
これまでにかかった主な感染症や病気 -かかった病気に○を付けてください-							
1. 突発性発疹 2. はしか(麻疹) 3. 風疹 4. 水ぼうそう(水痘) 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎							
7. 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(坐薬の指示 有・無)							
8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他							
入院したこと		ない・ある(具体的に:)					
食物アレルギー		ない・ある(具体的に:)					
その他	体質(薬物アレルギー)や、食事制限、くせなど。心配なこと、配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。						

※ 登録時には母子手帳をお持ちください。