

登録番号

平成 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遵守します。

- (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 女	年 月 日 (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	四種混合	I期(1回 2回 3回)、I期追加		ポリオ	I期(1回 2回 3回)、I期追加
	三種混合	I期(1回 2回 3回)、I期追加		B型肝炎	1回 2回 3回
	Hib(ヒブ)	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
	麻疹・風疹(MR)	1回 2回		水痘	1回 2回
	BCG	受けた・受けていない		日本脳炎	I期(1回 2回)、I期追加
	おたふくかぜ	1回 2回		ロタウィルス	1回 2回 (3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. みずぼうそう(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)(座薬の指示 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。				

※ 登録時には保険証をご持参いただくか、保険証のコピーをお持ちください。