

## 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
				携帯電話:
予防接種	四種混合	I期(1回 2回 3回)、I期追加		ポリオ
	三種混合	I期(1回 2回 3回)、I期追加		B型肝炎
	Hib(ヒブ)	I期(1回 2回 3回)、I期追加		小児用肺炎球菌
	麻疹・風疹(MR)	1回 2回		水痘
	BCG	受けた・受けていない		日本脳炎
	おたふくかぜ	1回 2回		ロタウイルス
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。