

長井市病児保育事業利用登録書

長井市長 宛

〒 ー
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				
					続柄()		携帯電話:				
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									
	これまでにかった主な感染症や病気 - 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。