

年度 病児・病後児保育利用者登録書

新規	再登録
市・町	

ふりがな 児童氏名	愛称 ()	男・女	通園(学)している 学校等の名等	小学校 幼稚園 保育園(所)
--------------	--------	-----	---------------------	----------------------

生年月日	年 月 日生(現在 歳 ヶ月)
------	-----------------

住所	
----	--

家族状況	氏名	続柄	勤務先等	勤務先等電話番号	携帯電話	備考

緊急連絡先 1		電話番号	
---------	--	------	--

緊急連絡先 2		電話番号	
---------	--	------	--

生育歴	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産時の異常 なし・あり ()		
	<input type="checkbox"/> 出生時体重 (g)	<input type="checkbox"/> 出生時身長 (cm)	
	<input type="checkbox"/> 平熱 (°C前後)		
	<input type="checkbox"/> 栄養法 母乳・人工乳・混合 <input type="checkbox"/> 離乳食摂取期間 (生後 ヶ月 から 生後 ヶ月)		

食事状況	<input type="checkbox"/> 普通食・離乳食(前期・中期・後期)・ミルク		
	<input type="checkbox"/> アレルギー等で制限している食品 なし・あり		
	※ ある場合は、記入してください。()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

予防接種	B C G	未・済	(年 月)接種	
	三種混合 または 四種混合(三種+ポリオ)	未・済	第1期初回(1回・2回・3回) ・ 第1期追加	
		未・済	第1期初回(1回・2回・3回) ・ 第1期追加	
	ポリオ	未・済	生ワクチン(1回・2回) ・ 不活化ワクチン(1回・2回・3回・4回)	
	麻疹風疹混合 (M R)	未・済	第1期 ・ 第2期	麻疹 未・済 第1期 ・ 第2期
				風疹 未・済 第1期 ・ 第2期
	日本脳炎	未・済	第1期初回(1回・2回) ・ 第1期追加	
	おたふくかぜ	未・済		
	水痘 (水ぼうそう)	未・済	()回接種済	
	ヒブ	未・済	()回接種済	
	小児用肺炎球菌	未・済	()回接種済	
B型肝炎	未・済	(1回・2回・3回)		
ロタウイルス	未・済	ロタリックス()回・ロタデック()回		

既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	今までにかかった病気で、注意すべきものを記入してください。(例：熱性けいれん、ぜんそく、心臓病等) 必要であれば、対処方法についても記入してください。		
	薬品についての、アレルギー反応を起こすなど注意が必要なものがある場合に記入してください。		

その他	・性格		・好きな遊びやおもちゃ	
	・くせ等			
	お子様のことで心配なことがあれば具体的にお書きください。			
かかりつけ医療機関	小児科	病院名 電話番号	皮膚科	病院名 電話番号
	耳鼻科	病院名 電話番号	眼科	病院名 電話番号
	その他			
健康保険の種別		社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 私立学校教職員共済組合 ・ 国家公務員共済組合 地方公務員共済組合 ・ その他 ()		
健康保険の記号 番号 保険者番号		記号	番号	保険者番号
		保険者名称		

病児・病後児保育事業実施要綱第8条の規定により登録します。

なお、本登録の有効期限は、申請後初めて迎える3月31日までとなり、利用にあたっては、年度ごとの登録が必要となります。

また、利用者負担金の決定に際し、生活保護受給の確認及び住民基本台帳の閲覧をされた内容、また、この病児・病後児保育利用登録書の内容を事業実施施設に通知されても異存ありません。

年 月 日

保護者住所

保護者氏名

利用記録	利用期間						利用日数	病名	
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		
	年	月	日	～	年	月	日		

連絡事項

--