

病児保育サービス登録(申請)台帳

病児保育サービスの利用登録を次の通り申請します。また市が利用状況の報告を受けることに同意します

年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度
登録年月日	R	R	R	R	R	R	R
登録番号							
利用料金							
保護者印							

児童氏名(フリガナ) 男・女	住所(〒 -)		
生年月日 H 年 月 日			
保育園・学校名	園	小学校	年
かかりつけ医	かかりつけ薬局		

家族の状況(同居者全員記入)

本人との間柄	氏名(フリガナ) 男・女	生年月日	職業(勤務先・学校名)	職業変更時記入欄
父				
母				

緊急連絡先(必ずつながる順にご記入ください)保護者の勤務先・携帯必須

連絡先名(勤務先・〇〇携帯等)	電話番号	変更時記入欄

予防接種歴(済のものに□チェック)

ヒブ	①□ ②□ ③□ ④□	MR	①□,②□	水痘	①□,②□
肺炎球菌	①□ ②□ ③□ ④□	B型肝炎	①□ ②□ ③□	BCG	①□
四種混合	①□ ②□ ③□ ④□	ロタ	①□	ポリオ	①□ ②□ ③□ ④□
日本脳炎	①□ ②□ ③□ ④□	②□ ③□	三種混合	①□ ②□ ③□ ④□	おたふく ①□,②□

これまでにかかったことのある病気

感染症	□水痘: 歳 月, □おたふくかぜ: 歳 月, □突発性発疹 歳 月 □B型肝炎キャリア: 歳 月, □その他()
他の病気	入院歴などがあればご記入ください。
熱性痙攣	初回: 歳 月 最後 歳 月 これまでに()回 *ダイアアップ座薬予防(しない している)
アレルギー	食事(なし、あり) 具体的に食材を 薬(なし、あり) 具体的に名前を
発達性格	気になることがあればご記入ください
その他	