

(表)

日光市病児・病後児保育事業利用登録書

提出年月日 年 月 日

児童氏名	ふりがな	男 女	生 年 月 日	年 月 日生 (歳 か月)
入所保育所名	TEL ()			
保護者	氏名	ふりがな	自宅TEL	
		児童との続柄()	()	
住所				
事前登録をしている兄弟姉妹がいる場合		(歳) 男 女		(歳) 男 女
		(歳) 男 女		(歳) 男 女
世帯状況	1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他の世帯 ※1、2に該当する世帯で、お子さんが認可保育所に入所していない世帯の方は、裏面の証明書を添付してください。			
緊急連絡先	続柄	氏名	勤務先等名称	電話番号
				TEL () 携帯等
				TEL () 携帯等
				TEL () 携帯等
加入保険の確認できるもの	記号	番号	保険者番号	
かかりつけの病院名	(1)	TEL ()		
	(2)	TEL ()		
お子さんの状態について詳しくお聞きします。(当てはまるものに○を付け、又は記入してください。)				
これまでにかかった主な病気など	熱性けいれん	初回(歳)	以後()回	最終()年()月
	ぜん息・ぜん息様気管支炎	内服薬を継続的に飲んで(いない・いる 薬の名前) 自宅で吸入療法をして(いない・いる 薬の名前)		
	その他の病気(具体的に)			
	入院したことがありますか	ない・ある(病名)	歳	か月)
		(病名)	歳	か月)
		(病名)	歳	か月)
常時内服している薬について	ぜん息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服している薬がある場合、薬の内容や内服時間などについて具体的にお書きください。			
アレルギー	アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について、具体的にお書きください。 その品目について食事制限をしていますか。(している・していない)			

(裏)

予 防 接 種	ロタ	受けていない・受けた(1回 2回 3回)		
	インフルエンザ 菌b型 (Hib)	受けていない・受けた(1回 2回 3回 追加)		
	小児用肺炎球菌	受けていない・受けた(1回 2回 3回 追加)		
	B型肝炎	受けていない・受けた(1回 2回 3回)		
	四 種 混 合 (ポリオ・百日せき 破傷風・ジフテリア)	受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加)		
	五 種 混 合 (ポリオ・百日せき 破傷風・ジフテリア ・H i b)	受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加)		
	B C G	受けていない・受けた		
	M R (麻しん風しん混合)	受けていない・受けた(1回 2回)		
	水 痘	受けていない・受けた(1回 2回)		
	日 本 脳 炎	受けていない・受けた(I期1回 2回 I期追加 II期)		
これまでに かかった主 な 感 染 症	1 突発性発しん 2 はしか 3 風しん 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日せき 9 咽頭結膜炎 10 ヘルパンギーナ 11 結核 12 肝炎()型(キャリアでない・ある) 13 その他()			
日ごろの食 欲	旺盛・普通・小食	食 事	1人で食べる・1人で食べるがかなりこぼす・介助が必要	
偏 食				
排 泄	すべてオムツ・トイレトレーニング中・寝るときのみオムツ・自立している			
そ の 他	お子さんの性格、体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことがありましたら具体的にお書きください。			
備 考				

(注)お子さんが認可保育所に入所していない生活保護世帯・市民税非課税世帯の方の添付資料

○生活保護世帯……生活保護受給証明書

○市民税非課税世帯…前年度及び今年度の市民税非課税証明書の原本(その年度内に初めて利用するとき。2回目以降は結構です。)