

(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 ()	
	住所	日光市		
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
健康保険証	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。)				
予防接種	三種混合	受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 II期)		
	ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)	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)		
	おたふくかぜ	受けていない・受けた	水ぼうそう	受けていない・受けた
	その他 ()			
これまでにかかった主な感染症	1 突発性発しん 5 おたふくかぜ 9 咽頭結膜炎 12 肝炎()型(キャリアでない・ある) 13 その他()	2 はしか 6 手足口病 10 ヘルパンギーナ	3 風しん 7 りんご病 11 結核	4 水ぼうそう 8 百日せき

(裏)

	熱性けいれん 初回()歳 以後()回反復 最終()年()月		
これまでにかかった主な病気など	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 (病名 (病名 (病名	歳 か月) 歳 か月) 歳 か月) 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。(いる・いない)		
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。)