

## 山形市病児保育事業利用登録書

〒 ー

希望者住所

希望者氏名

㊞

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、下記の事項を遵守します。

(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。

実施施設				登録番号	
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	通園施設名	
		男	年 月 日	( ) 保育園 Tel _____	
		女	( 歳 ヶ月)	( ) 幼稚園 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・少し遅れている・わからない		
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 I 期追加 )			
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた (1回・2回)	
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
これまでにかかった主な感染症や病気 <span style="float: right;">—かかった病気に○をつけてください—</span>					
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 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) (座薬の指示 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: )				
食事制限	ない・ある (具体的に: )				
その他	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について具体的にお書き下さい。				
登録児童以外の世帯員	氏名	続柄	生年月日	会社・学校名等	電話番号
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL		
	氏名	続柄	TEL		
生活保護の受給の有無 (該当する方に○をつけてください)			1. 受給している ( 年 月から) 2. 受給していない		
中国残留邦人等 支援給付の受給の有無 (該当する方に○をつけてください)			1. 受給している ( 年 月から) 2. 受給していない		