

印西市病児・病後児保育事業利用登録票

※登録番号

—

印西市長	様	年	月	日
		住所 (保護者) 氏名 (印) 電話 ()		
病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。				

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年	月	日
(歳 ヶ月)						

家族 の 状 況	氏名	続柄	勤務先	緊急連絡先・電話番号

連絡先優先順位	優先順位① 氏名： 優先順位② 氏名： 優先順位③ 氏名： ※保育中の緊急時又は災害時に対応するため上記の電話番号を使用します。 上記以外の方の連絡先は氏名の後に記入をお願いします。
---------	---

メールアドレス	_____@_____ ※災害時に電話対応できなかった場合に使用します。
---------	---

児童の所属	保育園・幼稚園 電話 — — _____ 小学校・その他()
-------	------------------------------------

健康保険	記号	番号
	保険者番号	

かかりつけの医院名	電話
-----------	----

周産期	妊娠中の異常 (なし ・ あり _____) 出産時体重 _____ g 出産は (予定どおり , _____日早かった ・ 遅かった) (在胎 _____週) 出産時の異常 (_____)
-----	--

乳児期の発達	首のすわり： _____ヵ月, おすわり： _____ヵ月, 一人歩き： _____ヵ月 栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 離乳食開始時期 (前期： _____ヵ月, 中期： _____ヵ月, 後期： _____ヵ月) 人見知り： _____ヵ月, 母親の後追い： _____歳 _____ヵ月 初語 (意味のあることば)： _____歳 _____ヵ月
--------	---

※印の欄は、記入しないでください。

裏面

予 防 接 種	BCG：__年__月	水ぼうそう：__年__月	おたふくかぜ：__年__月
	三（四）種混合：Ⅰ期1回目 __年 __月・2回目 __年 __月・3回目 __年 __月		
	Ⅰ期追加 __年 __月		
	MR：Ⅰ期 __年 __月・Ⅱ期 __年 __月		
	ヒブ：初回1回目 __年 __月・2回目 __年 __月・3回目 __年 __月 追加 __年 __月		
	肺炎球菌：初回1回目 __年 __月・2回目 __年 __月・3回目 __年 __月 追加 __年 __月		
	ポリオ：初回1回目 __年 __月・2回目 __年 __月・3回目 __年 __月 追加 __年 __月		
	日本脳炎：Ⅰ期初回1回目 __年 __月・2回目 __年 __月 追加 __年 __月		
	その他：		
感 染 症	はしか：__歳__ヵ月	水ぼうそう：__歳__ヵ月	
	百日咳：__歳__ヵ月	おたふくかぜ：__歳__ヵ月	
	B型肝炎：__歳__ヵ月（キャリアでない・ある）		
	その他（具体的に）：		
こ れ ま で の 病 気	熱性痙攣：初回 __歳 __ヵ月 最後は__歳 __ヵ月（これまでに __回）		
	喘息	毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ	
	喘息様気管支炎	毎日吸入療法を している・いない・発作時だけ	
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）	
	その他の病気 （具体的に）		
入院したこと			
常時服用している薬	喘息・アトピー性皮膚炎・痙攣等で常時内服している薬があれば、具体的にお書きください。 （内服時間も）		
そ の 他	アレルギー： 特になし・ある（原因物質 _____）		
	食事制限の必要： なし・あり 体質（薬物アレルギー等）や癖等心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。		
<p>【利用料の保護者負担額の確認】</p> <p>※該当する場合は（ ）に○をつけてください。〔証明書等添付〕</p> <p>（ ）生活保護世帯または支援給付受給世帯に該当する</p> <p>印西市病児・病後児保育事業の利用に当たって、 負担額の算定に必要な世帯の情報を確認することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p>			