（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病児・病後児保育事業利用登録票** | | | | | | | | | | | ※登録番号 |
| － |
| 年 　月 　 日  　（あて先）印西市長 　　　　　様  住所  (保護者) 氏名  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)

裏面

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予  防  接  種 | 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 | |
| Ｂ型肝炎：初回1回目　 年　 月・2回目 　 年　 月・3回目　 年 　 月 | |
| ロタウイルス：初回1回目　 年　 月・2回目 　 年　 月・3回目　 年 　 月 | |
| 四種混合：第１期初回1回目 年　 月・2回目 年　 月・3回目　 年　 月  第１期追加 　 年 　 月 | |
| ＢＣＧ： 年 月 | |
| ＭＲ ：第１期 　 年　 月・第２期　 年　 月 | |
| 水痘：１回目 　 年　 月・２回目　 年　 月 | |
| 日本脳炎：第１期初回1回目　 年 　 月・2回目　 年 　 月  第１期追加 　 年 　 月 | |
| おたふくかぜ：１回 　 年　 月・２回 　 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 |
| ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎 | 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。 | |
| 【利用料の保護者負担額の確認】  ※該当する場合は（ ）に○をつけてください。 〔証明書等添付〕  （ ）生活保護世帯または支援給付受給世帯に該当する  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。  氏名 | | |