

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

住所
(保護者) 氏名 ⑩
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
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。

