

第 1 号様式 (第 8 条)

(表)

病児・病後児保育事業利用登録票				※登録番号
(あて先) 印西市長				年 月 日
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： _____ カ月, おすわり： _____ カ月, 一人歩き： _____ カ月 栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 離乳食開始時期 (前期： _____ カ月, 中期： _____ カ月, 後期： _____ カ月) 人見知り： _____ カ月, 母親の後追い： _____ 歳 _____ カ月 初語 (意味のあることば)： _____ 歳 _____ カ月			

※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	
感染症	ほか： ___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>		