

天童市病児・病後児保育事業利用登録書

〒

保護者住所

保護者氏名

⑩

自宅（携帯）電話番号

次のとおり病児・病後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	病児・病後児保育室「つぐみ」				
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	現在通っている施設名	
		男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)	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	四種混合	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	
	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	
	ヒブ	受けていない・受けた (1回 2回 3回 追加)			
	肺炎球菌	受けていない・受けた (1回 2回 3回 追加)			
	日本脳炎予防接種	受けていない・受けた (1回 2回 3回 追加)			
これまでにかかった主な感染症や病気 ーかかった病気に○をつけてくださいー					
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。				
家族構成	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	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		

※ 登録時には保険証をご持参いただくか、保険証のコピーをお持ちください。