

年 月 日

病児保育施設利用登録届出書

（宛先）村上市長

保護者名 住所
氏名
電話番号

病児保育施設の利用のため、次の事項に同意の上、登録を申し込みます。

- (1) 病児保育施設を利用した場合に、使用料の審査のため公的扶助の受給状況について市の公簿等により調査すること
- (2) 緊急時には保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、措置を行うこと。その際に発生する医療費等については保護者負担となること

登 録 児 童	ふりがな		性別	生年月日
	児童氏名		男・女	年 月 日
	住 所			
	通園・通学 施 設 名	() 園・保育園・幼稚園・小学校 (0、1、2) 歳児・年少・年中・年長・小学校 () 年生		
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生		
保 護 者	連絡先 1		連絡先 2	
	ふりがな	続柄	ふりがな	続柄
	氏 名		氏 名	
	携帯電話	— —	携帯電話	— —
家 族 状 況	勤務先名		勤務先名	
	電話番号		電話番号	
	続 柄	氏 名	続 柄	氏 名

予 防 接 種	*これまでに受けた予防接種に☑と【 】の中に○をつけてください。 ☐ 五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ）【初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加】 ☐ 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）【初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加】 ☐ 三種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）【初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加】 ☐ 不活化ポリオ【初回（１回目・２回目・３回目）・追加】 ☐ 経口生ポリオ【１回目・２回目】 ☐ ヒブ【初回（１回目・２回目・３回目）・追加】 ☐ 小児用肺炎球菌【初回（１回目・２回目・３回目）・追加】 ☐ B型肝炎【１回目・２回目・３回目】 ☐ BCG ☐ 麻しん・風しん混合【１期・２期】 ☐ 水痘【１回目・２回目】 ☐ 日本脳炎【１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期】 ☐ おたふくかぜ【１回目・２回目】 ☐ ロタウィルス【１回目・２回目・３回目】 ☐ その他（ ）					
既 往 症	*これまでにかかった病気に☑と【 】内を記入してください。 ☐ 突発性湿疹 ☐ はしか（麻しん） ☐ 風しん ☐ 百日せき ☐ おたふくかぜ ☐ 水ぼうそう ☐ B型肝炎 ☐ 日本脳炎 ☐ 熱性けいれん【回数 回】最近【 年 月 日】座薬の指示【有・無】 ☐ 家族歴【氏名 続柄 】 ☐ アトピー性皮膚炎【治療は ☐内服薬 ☐外用薬 ☐食事療法】 ☐ 喘息および喘息様気管支炎【☐継続治療中 ☐悪化時治療のみ】 ☐ アレルギー【ない・ある】【食物・薬品】(品名)					
入 院 経 験	無 ・ 有	病名：				歳 か月
		病名：				歳 か月
常 時 服 用 し て い る 薬	無 ・ 有	*喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬がありましたら具体的にお書きください。				
そ の 他	*体質（薬物アレルギー等）や、病児保育施設利用に際し、配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。					