

病児保育事業登録票

園(学校)名		承諾 番号		受付年月日		登録番号	
フリガナ				生年月日	年 月 日	年 齢	
児童(生徒)名	男・女						
住 所	〒 TEL						
家 族 の 状 況	氏 名	生 年 月 日	連 絡 先	既 往 歴			
	父	フリガナ 年 月 日	TEL				
	母	フリガナ 年 月 日	TEL				
		フリガナ 年 月 日					
		フリガナ 年 月 日					
		フリガナ 年 月 日					
		フリガナ 年 月 日					

緊急連絡先

	氏 名	児童との 続柄	勤 務 先 等 住 所 ・ 電 話 番 号	勤 務 先 名 等
1	フリガナ		TEL	
2	フリガナ		TEL	

予防接種歴 ・ 既往歴 ・ 子どもの様子

1	予防接種歴	※接種している予防接種に○をつけてください。				
		予防接種の種類	1回目	2回目	3回目	追加
		ヒブワクチン				
		肺炎球菌ワクチン				
		B型肝炎				
		ロタウイルス				
		四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)				
		五種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)				
		BCG				
		MRワクチン(麻しん・風しん混合ワクチン)				
		水痘(水ぼうそう)				
		日本脳炎				
		おたふくかぜ				
2	既往歴	生まれてから今までに、特別な病気(先天性異常・心臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。(はい・いいえ) 病名()				
3	子どもの様子	・1歳6か月児健診 指導(未受診・無・有) 指導内容() 3歳児健診 指導(未受診・無・有) 指導内容() ・発育などについてかかったことのある医療機関等(無・有)(医療機関名:) ・お子さんの行動やくせ、こだわり等で気を付けてほしいことがありますか。(はい・いいえ) 内容() 例…動き回ったり、外に勝手に出て行ってしまうことがある・環境の変化を極端に嫌がることもある・かんしゃくを起こすことがある等				

なお、病児保育事業の利用料の決定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧することに同意します。