

病児保育事業利用登録書

病児保育事業利用のため、福祉医療費受給者証の写しを添えて次のとおり登録します。

提出年月日 年 月 日

児童氏名		ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)	
現在入所している施設名等							
保護者	氏名	ふりがな		児童との続柄			
				Ⓜ 自宅電話番号			
	住所	大館市			勤務先等		
緊急連絡先		続柄	氏名	勤務先等		電話番号	
健康保険証		記号	番号	保険者番号			
かかりつけの病院名		(1)		TEL			
		(2)		TEL			
お子さんの状態について、当てはまるものに○を付け、又は記入してください。							
予防接種		※これまでに受けた予防接種に○印を記入してください					
		ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加				
		小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加				
		三種混合	1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加・2期				
		四種混合	1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加・2期				
		ポリオ	生ワクチン		1回目・2回目		
			不活化ワクチン		1回目・2回目・3回目・追加		
		麻しん風しん(MR)	1期・2期				
		日本脳炎	1期初回1回目・2回目・1期追加・2期				
		水痘(水ぼうそう)	1回目・2回目				
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目				
		ロタ	1回目・2回目・3回目				
		おたふくかぜ	1回目・2回目				
			BCG・その他()				
主な感染症の病歴		1 はしか 2 風疹 3 水痘(水ぼうそう) 4 おたふくかぜ 5 百日咳 6 その他()					
アレルギーについて		アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について、具体的にお書きください。 その品目について食事制限をしていますか。(いる ・ いない)					

これまでにかかった主な病気など	けいれん (熱性・非熱性)	初回 (歳 か月) 以後 () 回反復 ・ 最終 (年 月)	
	喘息 喘息様気管支炎	内服薬を継続的に飲んで (いない ・ いる) (薬の名前:) 自宅で吸入療法をして (いない ・ いる) (薬の名前:)	
	その他の病気 (具体的に)		
	入院したことがありますか	ない ある (病名: 歳 カ月) (病名: 歳 カ月) (病名: 歳 カ月)	
常時内服している薬について	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服している薬がある場合、薬の内容や内服時間などについて具体的にお書きください。		
日頃の食欲	旺盛・普通・小食	食事	一人で食べる・一人で食べるがかなりこぼす・介助が必要
偏食	特にない・ある (食物名:)		
排泄	すべてオムツ・トイレトレーニング中・寝るときのみオムツ・自立している		
その他	お子さんの性格、体質 (薬物アレルギー等) や癖など心配なこと、配慮してほしいことがありましたら具体的にお書きください。		
備考			

同意書

大館市病児保育事業利用登録にあたり、実施施設が大館市に利用者負担額の区分について照会すること及び大館市が世帯員に係る市町村民税課税状況等の調査を行うことに同意します。

保護者 _____ ㊞

【施設記入欄】 利用者負担額区分	4～8月	無料 ・ 500円 ・ 1,000円
	9～3月	無料 ・ 500円 ・ 1,000円
原本受付日		コピー チェック <input type="checkbox"/>
		コピー受付日