

病 児 保 育 利 用 登 録 届

年 月 日

施設長 様

申込者 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____
 電話 (自宅) _____

病児保育の利用について、次のとおり登録を届け出ます。

児 童 氏 名	カガナ	男・女	愛 称	
生 年 月 日	年 月 日 (歳 箇月)			
家 族 の 状 況	父：氏名 連絡先 母：氏名 連絡先 その他：			
緊 急 連 絡 先	電話 - - ※確実に連絡できる電話番号を記入して下さい。			
通園 (通学) 施設名	電話 - -			
健 康 保 険	保険者番号： 記号番号：			
主 治 医 名	医療機関名、医師名等 電話 - -			
周 産 期	・妊娠中の異常 なし ・ あり () ・出生児の体重 (g) ・出産時期 予定どおり ・ 日早かった、遅かった (在胎 週) ・出産時の異常 なし ・ あり ()			
感 染 症 歴	・麻疹： 歳 箇月 ・水疱瘡： 歳 箇月 ・百日咳： 歳 箇月 ・おたふくかぜ： 歳 箇月 ・B型肝炎： 歳 箇月 ・その他 (具体的に)： ・			
これまでにかかった主な病気				
アレルギー なし ・ あり (原因物質：)				
その他 体質 (薬物アレルギー等)、くせ等心配なこと・配慮して欲しいこと				

【注意事項】

- 1 児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますのでご了承ください。
- 2 医療費助成制度を申請される場合 (診察を伴う場合) は、こども医療費受給資格証も持参してください。
- 3 保育の継続が困難と受託施設で判断したときは、一旦受け入れた後に保育をお断りすることがあります。この場合は、速やかにお迎えに来てください。
- 4 利用時間を必ず守ってください。お迎えが遅れた時は、次回の利用をお断りすることがあります。

※実施施設記入欄
 登録番号 _____