

病児保育利用登録届

西暦 年 月 日

申込者(保護者) 住所 〒

氏名

電話(自宅)

本年度の利用について、次の通り登録を届け出ます。

児童氏名	フリガナ	男・女	愛称	
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	体重	kg	
通園(通学)施設名				
保護者及び 家族の 緊急連絡先	1 氏名 (続柄) 電話 ()	勤務先名		
		勤務地までの所要時間: 時間 分		
		電話: (内線)		
	2 氏名 (続柄) 電話 ()	勤務先名		
		勤務地までの所要時間: 時間 分		
		電話: (内線)		
3 氏名 (続柄) 電話 ()	勤務先名			
	勤務地までの所要時間: 時間 分			
	電話: (内線)			
※確実に連絡できる 電話番号を記入して ください。				
周産期	・妊娠中の異常 無 ・ 有 () ・出生時の体重 (g) ・出産時期 予定通り ・ 早かった ・ 遅かった *(在胎 週) ・出産時の異常 無 ・ 有 ()			
既往歴	・はしか 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期) ・風疹 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期) ・水ぼうそう 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期) ・おたふく 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期) ・熱性痙攣 無 ・ 有 (最終 歳 ヶ月) 薬使用 無 ・ 有 ・肺炎 ・喘息 ・RSV感染症 ・先天性疾患 (具体的に記載してください) ・その他 (具体的に記載してください)			
アレルギー	無 ・ 有 ()			
常用薬	無 ・ 有 ()			
その他	・配慮してほしいことなど			

※母子手帳のコピー 裏面添付

※実施施設記入欄

登録番号

2020.2 作成