様式第１号（第８条関係）

病児・病後児保育事業登録申請書

年　月　日

糸魚川市長　様

保護者　住　所
氏　名
電話番号

病児・病後児保育を利用したいので、次の事項に同意の上、登録を申請します。
(1)　利用の可否等の審査のため、市が所有する個人情報(住民基本台帳、課税台帳等)を閲覧すること。
(2)　登録の内容について、病児・病後児保育施設と共有すること。

登録児童	ﾌﾘｶﾞﾅ			性別	生年月日	
	児童氏名			男・女	年　月　日 （　歳　か月）	
	園名･学校名等	保育園･幼稚園･小学校 / 自宅				
	かかりつけ医	医院名		電話　－		
緊急連絡先	連絡先①	氏名		連絡先②	氏名	
		続柄	父・母・その他（　）		続柄	父・母・その他（　）
		勤務先			勤務先	
		勤務先電話			勤務先電話	
		携帯電話			携帯電話	
		施設までの到着時間	分		施設までの到着時間	分

予防接種

これまでに受けた予防接種に ☑ と【　】内に回数に ○ をつけてください。

□ロタウイルス感染症(1価・5価)【1回　2回　3回】
□B型肝炎【1回　2回　3回】
□ヒブ【1回　2回　3回　追加】
□小児肺炎球菌【1回　2回　3回　追加】
□四種混合【1回　2回　3回　追加】
□三種混合【1回　2回　3回　追加】
□生ポリオ【1回　2回】
□不活化ポリオ【1回　2回　3回　追加】
□BCG
□麻しん風しん混合【第1期　第2期】
□水ぼうそう【1回　2回】
□日本脳炎【1期1回　2回　追加　2期】
□おたふくかぜ【1回　2回】

既往歴

これまでに受けた病気に ☑ と【　】内の内容に記入または ○ をつけてください。

□突発性発しん　□はしか　□風しん　□水ぼうそう　□おたふくかぜ　□アトピー性皮膚炎
□熱性けいれん【 これまでの回数：　回　最終は　年　月　日　座薬の指示　有・無 】
□喘息又は喘息性気管支炎【 継続治療中・悪化時治療 】
□その他【　】

入院したこと　ない・ある【病名　歳　か月】　【病名　歳　か月】

薬

常時服用している薬　ない・ある　【 具体的に　】

その他

食事制限　ない・ある【 具体的に　】

着替え　自立・介助　食事　自立・介助　排泄･整容　自立・介助　服薬　自立・介助

食べ方【　】　好きな遊び【　】

体質(薬物アレルギー等)や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。
症状等

○送迎対応の登録希望　＜ あり ・ なし ＞
登録希望　あり　の方は、①健康保険証の写し　②糸魚川市子ども医療費助成受給者証の写しを添付してください。