

新規	再登録
市・町	

ふりがな 児童氏名	愛称（ ）	男 ・ 女	通園（学） している 学校名等	小学校 幼稚園 保育園（所）		
生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）					
住所	電話					
家族状況	氏名	続柄	勤務先等	電話	備考	
緊急連絡先1	電話					
緊急連絡先2	電話					
生育歴	妊娠中の異常 なし・あり（ ） 出生時体重（ g）、身長（ cm） 子どもさんの平熱（ °C）前後 栄養法 母乳・人工・混合 離乳食摂取期間（ か月から か月）					
食事状況	普通食 離乳食（前期・中期・後期） ミルク アレルギー等で制限をしている食品 なし ・ あり ※ある場合は記入してください（ ） その他（ ）					
予防接種	BCG	未	済			
	三種混合	未	第1期初回（1回・2回・3回）	第1期追加		
	四種混合	未	第1期初回（1回・2回・3回）	第1期追加		
	ポリオ	未	生ワクチン（1回・2回）	不活化ワクチン（ ）回済		
	MR混合	未	第1期・第2期	麻疹（はしか）	未	第1期・第2期
				風しん	未	第1期・第2期
	日本脳炎	未	第1期初回（1回・2回）	第1期追加		
	ヒブワクチン	未	（ ）回済			
	小児用肺炎球菌	未	（ ）回済			
	B型肝炎	未	（1回・2回・3回）			
	みずぼうそう	未	済			
	おたふくかぜ	未	済			
	その他	（ ）				
既往歴	突発性発疹 麻疹（はしか） 水痘（水ぼうそう） 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑（りんご病） 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他（ ）					
	今までにかかった病気で注意すべきものについて記入して下さい。 （例：熱性けいれん、喘息、心臓病等）必要ならば対処方法についても記入してください。					
薬品についての、アレルギー反応を起こすなど注意が必要なものがある場合に記入してください。						

(裏)

その他	・性格		・好きな遊びやおもちゃ	
	・くせ等			
	お子様のことで心配なことがあれば具体的にお書きください。			
医療機関 かかりつけ	小児科	病院名 電話番号	皮膚科	病院名 電話番号
	耳鼻科	病院名 電話番号	眼科	病院名 電話番号
	その他			
健康保険の種類	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 私立学校教職員共済組合 ・ 国家公務員共済組合 地方公務員共済組合 ・ その他 ()			
健康保険の記号・番号 被保険者番号	記号	番号	被保険者番号	
利用者負担区分	一般 ・ 市町村民税非課税世帯 (母子父子世帯・左記以外) ・ 生活保護世帯			
※「一般」以外の場合は、区分を証する書類を提示又は添付してください。提示がない場合は「一般」となります。				

病児・病後児保育事業実施要綱第7条の規定により登録を申請します。なお、事業の利用中、病状の急性増悪等の理由により対応が必要な場合は、施設の指示に従います。

年 月 日

保護者住所

保護者氏名

(※本人が署名しない場合は、記名押印してください。)

利用記録	利用期間		利用日数	病名
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		

連絡事項