

様式第 1 号（第 7 条関係）

病児・病後児保育利用登録票

登録日 年 月 日

神栖市長 あて

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録します。

ふりがな	
児童氏名	年 月 日 生 (歳)
住所：	電話番号()
所属：	()保育所・幼稚園・小学校 入所年齢(歳 か月)
かかりつけの病院名：	
父 氏名 ()歳 勤務先()TEL 携帯	勤務先住所
母 氏名 ()歳 勤務先()TEL 携帯	勤務先住所
※済ませた予防接種に○，罹った病気に赤○をして下さい。 BCG，三種混合(回)，日脳，はしか，風疹，おたふくかぜ，水痘 ※基礎疾患があれば○，または疾患名を記入してください。 気管支喘息，アトピー性皮膚炎，ジンマシン()，心臓病 腎臓病，ケイレン，川崎病，その他() ※熱性ケイレン：なし・あり(今まで 回，最後 年 月 日) ※食物アレルギー：なし・あり(内容)食事制限なし・あり ※嫌いな食べ物： ※その他：	

登録受付： 年 月 日

受付番号・ 番

カルテ番号