

様式第1号（第7条関係）

病児・病後児保育利用登録票

年 月 日

神栖市長 あて

登録施設名 ()

(保護者) 住所

氏名

病児・病後児保育事業の利用登録を受けたいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ 利用児氏名			男・女	利用児生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
住所				在籍園・学校名		
保護者の 状況と 連絡先	フリガナ 保護者①氏名		続柄	フリガナ 保護者②氏名		続柄
	勤務 先	名称		勤務 先	名称	
		所在地			所在地	
		電話番号			電話番号	
		携帯電話番号			携帯電話番号	
保護者以外の 緊急連絡先等	フリガナ		児童との関係			
	氏名		緊急連絡先(電話番号)			
かかりつけ 医療機関	名称		電話番号			
	所在地					
予防接種	ヒブワクチン		未・済 (回)	ロタウイルスワクチン	未・済	
	肺炎球菌		未・済 (回)		ロタリックス (回)	
	四種混合・五種混合		未・済 (回)		ロタテック (回)	
	ポリオ (生ワクチン)		未・済 (回)	MR (はしか・風疹)	未・済 (回)	
	日本脳炎		未・済 (回)	水痘	未・済 (回)	
	B型肝炎		未・済 (回)	おたふくかぜ	未・済 (回)	
	BCG		未・済	その他 ()	未・済	
熱性けいれん	有 ・ 無		気管支喘息		有 ・ 無	
アレルギー						
病歴		病名	年齢	状況		
	1		歳	治癒・治療中・観察中		
	2		歳	治癒・治療中・観察中		
	3		歳	治癒・治療中・観察中		
	4		歳	治癒・治療中・観察中		
※施設記入欄	登録受付： 年 月 日 受付番号：					