

別 記

第 1 号様式 (第 9 条第 1 項)

(表)

栄町病児・病後児保育事業利用登録票					※登録番号	
栄町長 様					年 月 日	
住所 (保護者) 氏名					Ⓢ	
					(自署又は記名押印)	
電話 ()						
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	-----	男 女	生年 月 日	年	月	日 (歳 月)
家族の 状況	氏 名	続柄	勤務先	緊急連絡先・電話番号		
児童の所属	_____保育園・_____幼稚園・_____小学校 その他 () 電話 - -					
健康保険	記号		番号			
	保険者番号					
かかりつけの医院名	電話					
周産期	妊娠中の異常 (なし・あり _____) 出産時体重 _____ g 出産は (予定どおり、_____日早かった・遅かった) (在胎_____週) 出産時の異常 ()					
乳幼児期の発達	首のすわり : _____か月、おすわり : _____か月、一人歩き : _____か月 栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食開始時期 (前期 : _____か月、中期 : _____か月、後期 : _____か月) 人見知り : _____か月、母親の後追い : _____歳 _____か月 発語 (意味のあることば) : _____歳 _____か月					

※ 印の欄は、記入しないでください。

(裏)

予防接種	BCG：__年__月	水ぼうそう：__年__月	おたふくかぜ：__年__月
	四種混合：I期1回目__年__月・2回目__年__月・3回目__年__月		
	I期追加 __年__月		
	三種混合：I期1回目__年__月・2回目__年__月・3回目__年__月		
	I期追加 __年__月		
	ポリオ：初回1回目__年__月・2回目__年__月・3回目__年__月 追加 __年__月		
	MR：I期__年__月・II期__年__月		
	ヒブ：初回1回目__年__月・2回目__年__月・3回目__年__月 追加 __年__月		
	肺炎球菌：初回1回目__年__月・2回目__年__月・3回目__年__月 追加 __年__月		
	日本脳炎：I期初回1回目__年__月・2回目__年__月 追加 __年__月		
その他：			
感染症	はしか：__歳__か月、水ぼうそう：__歳__か月		
	百日咳：__歳__か月、おたふくかぜ：__歳__か月		
	B型肝炎：__歳__か月（キャリアでない・ある）		
	その他（具体的に）：		
これまでの病気	熱性痙攣：初回__歳__か月 最後は__歳__か月（これまでに__回）		
	喘息	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ	
	喘息様気管支炎	毎日 吸入療法を している・いない・発作時だけ	
	アトピー性皮膚炎	ない・ある （治療は 内服薬・食事療法）	
	その他の病気 （具体的に）		
入院したこと			
常服薬	喘息・アトピー性皮膚炎・痙攣等で常時内服している薬があれば、具体的にお書きください。 （内服時間も）		
その他	アレルギー： 特になし・あり（原因物質 _____）		
	食事制限の必要：なし・あり 体質（薬物アレルギー等）や癖等心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。		
自己負担の額を決定するため、被保護世帯等の確認が必要となりますので、次のいずれか希望される方法を選択し、□にレ印を記入してください。			
□ 被保護世帯等であることを証する書類を添付します。			
□ 私達は、自己負担の額を負担するに当たり、栄町が保有する私達の被保護世帯等に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。 （※以下に、自署又は記名押印してください。）			
_____ 印		_____ 印	
_____ 印		_____ 印	
_____ 印		_____ 印	