

平成 年 月 日

山形市病児・病後児保育事業利用登録書

〒 -

希望者住所

希望者氏名

印

電話番号

次のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

(1) 記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。

(2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

実施施設	おひさまルーム・キンダー保育園・はやぶさ保育園・キンダー南館保育園		登録番号		
登録を希望する理由					
登録 児 童	児童氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	現在通っている施設名	
		男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)	Tel _____	
	かかりつけ医	() 医院・病院		() 先生	
	新生児期	出産時の異常 (有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れている・わからない	
予 防 接 種	四種混合	受けていない・受けた (I 期 1 回 2 回 3 回 I 期追加)			
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた	
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	ヒブ	受けていない・受けた (1 回 2 回 3 回 追加)			
	肺炎球菌	受けていない・受けた (1 回 2 回 3 回 追加)			
日本脳炎予防接種	受けていない・受けた (1 回 2 回 3 回 追加)				
これまでにかかった主な感染症や病気 -かかった病気に○をつけてください-					
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん(回数 回) (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有・無) 8. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他()					
入院したこと	ない・ある (具体的に:)				
食事制限	ない・ある (具体的に:)				
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。				
登録 児 童 以 外 の 世 帯	氏 名	続柄	生年月日	会社・学校名等	電話番号
緊急連絡先	氏名	続柄	Tel		
	氏名	続柄	Tel		
生活保護の受給の有無	1. 受給している (年 月から) ・ 2. 受給していない				
中国残留邦人等 支援給付の受給の有無 (該当する方に○をつけてください)	1. 受給している (年 月から) 2. 受給していない				