

年 月 日

行田市長

保護者氏名 _____

以下の項目に同意し、行田市病児・病後児保育事業実施要綱第6条の規定により、病児・病後児保育利用者登録を申請します。

1. 児童の症状が悪化し、緊急を要する際には、医療機関を受診します。初診料などの診療費等は保護者の負担となります。
2. 保護者等は、緊急時に必ず連絡がつく態勢を取ります。
3. 症状の悪化などで、協力医及び看護師が、保育の継続が困難であると判断した場合、予約時間内であっても、保育を中断することがあります。この場合には、子どもの速やかなお迎えに協力するものとします。
4. 隔離の要、不要は医師・看護師の判断により行います。
5. 病児室では、感染予防対策をしておりますが、疾患によっては感染を完全には予防できない場合があります。
6. 提供いただいた情報に、事実と異なる記載がある場合は、今後、利用をお断りする場合があります。

ふりがな 児童氏名	男女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
住 所	〒 - 行田市	愛称(呼び名)			
	電話: - -	通所(学)施設			
保護者等の 緊急連絡先 ※父・母・祖父母 以外の送迎者とな る方は、事前に身 分証明書提出が必 要です。 ファミリーサポート、 ベビーシッターなど)	優先 順位	ふりがな 氏 名	続柄	携帯電話番号 または固定電話番号 (日中繋がる番号)	勤務先名称 勤務先電話番号
	①				電話:
	②				電話:
	③				電話:
	④				電話:
緊急連絡先は2人以上記入してください。2人以上記入できない場合は、あらかじめ相談してください。 連絡順 ①携帯⇒①勤務先⇒②携帯⇒②勤務先…の順で連絡いたしますが、ご要望等あればご記入ください(勤務先は後回し等)					
兄 弟 姉 妹	年 月 日生(男・女)	年 月 日生(男・女)	年 月 日生(男・女)		
出生・出産 時の状況	分娩経過	自然分娩	帝王切開	その他 ()	
	出生体重	() g	妊娠週数	週	日

かかりつけ医	医療機関名
健康保険情報	記号 () 番号 () 枝番 () 保険者番号 ()
子ども医療費・ひとり親医療費受給資格証	公費負担番号 () 受給資格証番号 ()

予防接種 () 内に接種年月日を記入	肺炎球菌 (未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) 日本脳炎 (未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) B型肝炎 (未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) ロタウィルス (未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) 五種混合(DPT-IPV-Hib)(未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) 四種混合(DPT-IPV) (未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) 三種混合(DPT) (未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) Hib (未・1回(. .)・2回(. .)・3回(. .)・追加()) ポリオ (未・1回(. .)・2回(. .)) 水痘 (未・1回(. .)・2回(. .)) MR (未・1回(. .)・2回(. .)) おたふく (未・済(. .)・追加()) BCG (未・済(. .)) その他 ()
既往歴	風疹(歳 ヲ月頃) はしか(麻疹)(歳 ヲ月頃) 突発性発疹(歳 ヲ月頃) 百日咳(歳 ヲ月頃) 水ぼうそう(水痘)(歳 ヲ月頃) 川崎病(歳 ヲ月頃) おたふく(歳 ヲ月頃) 肺炎(歳 ヲ月頃) ぜん息(歳 ヲ月頃) その他 () ※治療中の病気 無し・有り(病名) ※これまで入院したことはありますか 無し・有り(病名 歳 ヲ月)
けいれん	けいれん(てんかん)を起こしたことはありますか 無し・有り ①(年 月 日 発熱:有・無 状況:) ②(年 月 日 発熱:有・無 状況:) ③(年 月 日 発熱:有・無 状況:) 発熱時の投薬 無し・有り (抗けいれん薬・解熱剤・その他:) 使用について ()
アレルギー	食物アレルギー (無し・有り (卵 大豆 牛乳 小麦 そば その他:)) (制限範囲:) その他のアレルギー (スギなどの花粉 ハウスダスト その他(薬など):) アナフィラキシーショックの既往 無し・有り(年 月 日・年 月 日) エピペンの所持 無し・有り(利用中のお預かり 無し・有り) アトピー性皮膚炎 無し・有り 治療薬(塗り薬 ()・飲み薬 ()・その他 ())
その他	お子さんの体質、癖、心配なこと、配慮してほしいことがありましたら具体的に記入してください。

○この登録(変更)申請書は、事業実施者(施設)を経由して提出してください。

○記載事項については事業実施者(施設)と共有します。