

病児等保育利用者登録書

ふりがな			性別	男・女	通学等している学校等の名称	
児童氏名					小学校・幼稚園 保育所・認定こども園	
生年月日	年	月	日生（	歳	か月）	
住 所	〒				電話	
緊 急 連絡先	(1)				電話	
	(2)				電話	
保護者 氏名等	(続柄)			勤務先	電話番号	
	(続柄)			勤務先	電話番号	
児童の 情 報	成育歴	出生時の体重	g	出生時の身長	cm	
		現在の体重	kg	平熱	℃	
	既往歴	これまでかかった大きな病気 なし あり これまでかかった病気 ・突発性発疹・はしか・水ぼうそう ・風疹・百日咳・おたふくかぜ ・消化不良・インフルエンザA B ・中耳炎・溶連菌感染症・感染性胃腸炎 ・ノロウイルス ・その他（ ） 持病の有無 なし あり ・アトピー性皮膚炎・喘息 ・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎 ・その他（ ）				
	アレルギー	なし あり ・食物（卵黄 卵白 牛乳 小麦 その他 ） ・その他（ ）				
	けいれん	なし あり 今までにけいれんを起こした回数 回 初回 年 月 日 最近 年 月 日 けいれん止め座薬使用 なし あり				
配慮して ほしい事	生まれつきの病気・手術歴・常用している薬・眠る時の癖・食事に関してなど					

（裏面にも記入欄があります）

児童の 情報	予防接種	B型肝炎 未・済 (1・2・3回) ヒブ 未・済 (1・2・3・4回) 小児用肺炎球菌 未・済 (1・2・3・4回) 四種混合 未・済 (初回・1・2・3追加) BCG 未・済 MR1期 未・済 MR2期 未・済 水痘 未・済 (1・2回) 日本脳炎1期 未・済 (初回・1・2追加) 日本脳炎2期 未・済 二種混合 (11歳～12歳対象) 未・済 その他 ()	
	入院した こと	なし	あり (病名 、 歳の時)
かかりつけ医		電話番号	
健康保険	保険者番号 保険者名称 記号	番号	
	社保・国保・(私学・国公・地公) 共済組合・その他 ()		
この内容を二戸市病児等保育事業実施要綱第4条に規定する実施施設に通知することに同意し、二戸市病児等保育施設条例施行規則3条第1項及び二戸市病児等保育事業実施要綱第8条第1項の規定により登録します。 年 月 日 保護者住所 保護者氏名			
			㊟