

病児保育利用登録届

西暦 年 月 日

住所 〒

申込者(保護者)

氏名

電話(自宅)

本年度の利用について、次の通り登録を届け出ます。

児童氏名	フリガナ	男・女	愛称	
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	体重		kg
通園(通学)施設名				
児童の兄弟・姉妹の氏名	登録の有無	無・有	登録番号	登録の有無
登録の有無			歳(男・女)	無・有
				登録番号
				歳(男・女)
保護者及び家族の緊急連絡先	1 氏名 (続柄)	勤務先名		
	電話 ()	勤務地までの所要時間: 時間 分		
	メールアドレス()	電話: (内線)		
	2 氏名 (続柄)	勤務先名		
	電話 ()	勤務地までの所要時間: 時間 分		
	メールアドレス()	電話: (内線)		
※確実に連絡できる電話番号を記入してください。				
周産期	・妊娠中の異常 無 ・ 有 ()			
	・出生時の体重 (g)			
	・出産時期 予定通り ・ 早かった ・ 遅かった *(在胎 週)			
	・出産時の異常 無 ・ 有 ()			
既往歴	・はしか 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期)			
	・風疹 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期)			
	・水ぼうそう 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期)			
	・おたふく 無 ・ 有 (歳 ヶ月) 接触歴 無 ・ 有 (時期)			
	・熱性痙攣 無 ・ 有 (最終 歳 ヶ月) 薬使用 無 ・ 有			
	・肺炎 ・喘息 ・RSV感染症 ・突発性発疹			
	・先天性疾患 具体的に記載してください ()			
・その他 具体的に記載してください ()				
アレルギー	無 ・ 有 ()			
常用薬	無 ・ 有 ()			
その他	・配慮してほしいことなど			
この入会に際し、「病児保育 元気キッズケア」利用の手引き 及び 規約を遵守いたします。				
令和 年 月 日 保護者氏名 印				

※母子手帳と保険証のコピー 裏面添付

※実施施設記入欄

登録番号