

(表)

様式第1号 (第10条関係)

病児保育事業利用登録届出書

年 月 日

(宛先)

羽生市長

保護者 氏名  
住所

病児保育の利用の登録を受けたいので、次のとおり届け出ます。なお、記入した個人情報羽生市及び実施施設で共有することに同意します。

フリガナ 児童氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	羽生市	電話番号	

家庭状況

保護者 1	氏名		日中連絡 の取れる 電話番号		勤務先名	
保護者 2	氏名		日中連絡 の取れる 電話番号		勤務先名	
兄弟姉妹 の氏名		( 歳)		( 歳)		( 歳)
緊急連絡先	①	氏 名		続 柄		
		勤務先名		電話番号		
	②	氏 名		続 柄		
		勤務先名		電話番号		
かかりつけ医療機関名			電話番号			

市記入欄

備 考		登録番号	
-----	--	------	--

※ この申出書は、事前に登録しておくことにより、利用の申請があったときに実施施設が児童の状況を把握するためのものです。

※ 裏面に児童の状況を記入してください。

(裏)

児童氏名

成 育 歴	妊娠中の異常 な し ・ あ り ( )	
	出生時体重 g	
	妊娠期間 ( 週 日)	
	出生時の異常 な し ・ あ り ( )	
	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 離乳食接種期間 ( か月～ か月)	
	人見知り ( か月) 母親の後追い ( か月)	
	発語 (意味のある言葉) ( 歳 か月)	
既 往 歴	突発性発しん症 麻しん (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳	
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病	
	伝染性紅斑 (りんご病) 熱性けいれん ぜん息 肺炎 結核	
	湿しん アトピー性皮膚炎 その他 ( )	
予 防 接 種	Hib	未・1回・2回・3回・追加
	小児肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加
	四種混合 (三種混合)	未・1回・2回・3回・追加
	ポリオ	未・1回・2回 (生・不活性化)
	BCG	未・済 ( 年 月)
	MR	未・1期・2期
	水痘	未・初回・追加
	日本脳炎	未・1回・2回・追加
	B型肺炎	未・1回・2回・3回
	その他	
食 品	アレルギー等で制限している食品	全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 そば その他 ( ) 特になし
そ の 他	体質 (薬物アレルギー等)、くせ等、心配なことや配慮してほしいこと	