

□ □ - □ □ □ □ □ □

幸手市病児保育事業利用(変更)登録書

年 月 日

(あて先) 幸手市長

届出者 氏名 \_\_\_\_\_

病児保育の利用(変更)登録を受けたいので、幸手市病児保育事業実施要綱第9条第1号の規定により、次のとおり届出します。

また、この登録書の写しを実施施設に提供することに同意します。

ふりがな 児童氏名		生年月日		年	月	日生
保 護 者	氏名	続柄( )		児童の愛称		
	住所(〒 )		所属 ( ) 保育園・幼稚園 ( ) 小学校			
緊 急 連 絡 先	氏名	続柄 ( )	電話 (内線)	勤務先名		
			携帯電話			
	氏名	続柄 ( )	電話 (内線)	勤務先名		
			携帯電話			
かかりつけ医		電話				
生活保護の適用の有無			適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日 保護開始)			
感 染 症 歴 等	<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) : 歳 か月 <input type="checkbox"/> 百日咳 : 歳 か月 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう : 歳 か月 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ : 歳 か月 <input type="checkbox"/> 風疹 : 歳 か月 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 : 歳 か月					
	熱性けいれんの有無 ( ある ・ ない )		その他のけいれんの有無 ( ある ・ ない )			
	熱性けいれん止めを使用している ( はい ・ いいえ )		使用しているお薬の名前:			
	B 型肝炎 : 歳 か月 ( キャリアー ・ キャリアーでない )					
	今までに大きな病気になったことがありますか ( はい ・ いいえ )		具体的に:			
	アレルギーの有無 ( 有 ・ 無 )		具体的に:			
予 防 接 種	Hib	四種混合もしくは三種混合	日本脳炎	不活化ポリオ	ロタウィルス	
	1回( . . )	1期1回( . . )	1期1回( . . )	1回 ( . . )	1回( . . )	
	2回( . . )	2回( . . )	2回( . . )	2回 ( . . )	2回( . . )	
	3回( . . )	3回( . . )	追加( . . )	3回 ( . . )	3回( . . )	
	追加( . . )	追加( . . )	水痘	追加 ( . . )		
	肺炎球菌	BCG	1回( . . )	(生)ポリオ	B型肝炎	
	1回( . . )	( . . )	2回( . . )	1回( . . )	1回( . . )	
	2回( . . )	MR(麻しん・風しん)	おたふくかぜ	2回( . . )	2回( . . )	
3回( . . )	1期( . . )	( . . )		3回( . . )		
追加( . . )	2期( . . )					
発 達	※1歳半までの方は記入してください					
	出生時:体重( )g		在胎( )週		栄養法 ( 母乳 ・ 人工 ・ 混合 )	
	首のすわり( )か月		おすわり( )か月		一人歩き( )か月	

第2号(第 11 条関係)

幸手市病児保育事業利用申込書

年 月 日

(あて先) 幸手市長

届出者 氏名 \_\_\_\_\_

幸手市病児保育事業を利用したいので、幸手市病児保育事業実施要綱第11条の規定により、次の通り申込します。

登録番号  -

ふりがな 児童氏名	生年月日 年 月 日生
	児童の所属
保 護 者	氏名 続柄( )
	住所(〒 - )
生活保護適用の有無	適用無し・適用有り ( 年 月 日 保護開始)
病児保育の必要理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他( )
事業利用時間	年 月 日 時 分から 時 分まで