

様式第1号（第7条関係）

登録番号	
------	--

大田原市病児・病後児保育事業利用登録申込書

年 月 日

大田原市長 様

申込者 住所
 (保護者)
 氏名

大田原市病児・病後児保育事業の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

フリガナ				生年月日	登録時の年齢
児童氏名				年 月 日	歳 か月
保育・就学状況 (在籍施設名)	電話番号				
※ 緊急連絡先	氏名	続柄	年齢	電話番号	勤務先
			歳		電話番号
			歳		電話番号
緊急連絡先※ 以外の同居家族	氏名	続柄	年齢	電話番号	勤務先
			歳		
			歳		
			歳		
			歳		
かかりつけ医	医療機関名、医師名等				
出産時の様子	妊娠週数 (週) 体重 (g) 分娩時の異常 無 ・ 有 ()				
乳幼児期の 発育	首がすわる (未 ・ か月) おすわり (未 ・ か月) ひとり歩き (未 ・ か月) 人見知り (未 ・ か月) 親の後追い (未 ・ か月) 栄養法 (母乳 ・ ミルク ・ 混合) 発語 (意味のある言葉) (未 ・ 歳 か月)				

(裏面へ)

既往歴 (○を付けて ください。)	1 突発性発しん 2 麻しん(はしか) 3 風しん 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 アトピー性皮膚炎 7 熱性けいれん(回数 回、最終 年 月 日、座薬の指示 有・無) 8 ぜん息及びぜん息様気管支炎 無・有(薬:毎日・発作時のみ・服用なし) (吸入:毎日・発作時のみ・吸入なし) 9 その他 ()	
過去の入院歴	無 ・ 有 (病名: / 歳 か月) (病名: / 歳 か月)	
常時服用して いる薬	無 ・ 有 (具体的に:)	
アレルギー等 食事制限	無 ・ 有 (具体的に:)	
予防接種	B型肝炎	受けた ・ 受けていない
	ロタウイルス	受けた ・ 受けていない
	ヒブ	受けた(1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けていない
	小児肺炎球菌	受けた(1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けていない
	三種・四種混合・ポリオ	受けた(1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けていない
	BCG	受けた ・ 受けていない
	MR(麻しん・風しん)	受けた ・ 受けていない
	水ぼうそう	受けた ・ 受けていない
	おたふくかぜ	受けた ・ 受けていない
	日本脳炎	受けた ・ 受けていない
その他	体質やアレルギー、成長・発達等の指摘を受けているか、心配なこと、配慮してほしいことを記入してください。	
同意事項	1 本申込書の写しを病児・病後児保育事業実施施設に提供すること。 2 利用の際は、実施施設の指示を遵守すること。 3 容体急変等緊急の場合には、施設の診療を受けること。その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。 4 実施施設は、細心の注意をもって保育を行います。保育室内で乳幼児又は児童同士の感染が起こった場合は、当該実施施設は責任を負いません。	

市税等の調査同意書

同意欄	私は、大田原市病児・病後児保育事業の費用負担額の算定のため、私及び世帯員の課税状況を市が調査することに同意します。 年 月 日 氏 名 _____		
※市記入欄	1 生活保護世帯	2 市町村民税非課税世帯	3 その他の世帯