

別記様式第1号（第8条関係）

病児保育登録票

年度	登録番号
----	------

フリガナ _____		性別 男・ 女	生年月日 年 月 日 (歳 か月)	
児童氏名 _____		愛称 ()		
在籍施設名			保護者氏名	
住 所	市 町	電話番号 (第1連絡先)	自宅・勤務先・携帯	
世帯の状況	生活保護世帯に 1. 該当する 2. 該当しない			
かかりつけ医	医院・病院 (科 先生)		電話 () -	
健康保険被 保険者番号	記号	番号	保 険 者 番 号	
その他、福祉 医療等の情報	重度障害者医療・ひとり親家庭等医療・ 子ども医療・()		公費負担者番号	
			受 給 者 番 号	
予 防 接 種	B型肝炎	受けていない・受けた (I 期 1 回 2 回 3 回)		
	ヒブ感染症	受けていない・受けた (I 期 1 回 2 回 3 回 I 期追加)		
	小児用肺炎球菌	受けていない・受けた (I 期 1 回 2 回 3 回 I 期追加)		
	四種(五種)混合	受けていない・受けた (I 期 1 回 2 回 3 回 I 期追加)		
	はしか・風疹	受けていない・受けた	BCG	受けていない・受けた
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた
<p>これまでにかかった主な感染症、病気等 ～該当する番号に○をつけてください。～</p> <p>1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう</p> <p>5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳</p> <p>9 咽頭結膜熱（プール熱） 10 その他の感染症又は病気 _____</p> <p>11 熱性けいれん 回数 _____ 回 最後は _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>12 喘息及び喘息様気管支炎 （継続治療中・悪化時治療のみ）</p> <p>13 アトピー性皮膚炎・アレルギー体質</p> <p>※13に該当する方は、アレルギー調査書（別記様式第5号）を提出してください。</p>				
常時服用している薬	ない・ある（具体的に _____ ）			
<p>お子さまについて、ご心配なことや配慮することがあれば、具体的にお書きください。 (体質的なこと、くせ、好きな遊び、苦手な食べ物など…)</p>				

_____ 年 _____ 月 _____ 日記入

*裏面も記入してください。⇒

フリガナ		続柄		続柄
保護者氏名				
携帯電話番号				
勤務先会社名等				
勤務先所在地	電話 ()		電話 ()	
勤務時間	時 分から 時 分まで		時 分から 時 分まで	
勤務先からの所要時間	病児保育室まで () 分		病児保育室まで () 分	
その他特記事項				

主な送迎者	送り (朝)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 氏名 _____ 続柄 _____	登所時間 ----- 時 分
	迎え (夕)	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 氏名 _____ 続柄 _____	降所時間 ----- 時 分

緊急連絡先	第1連絡先	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()
	第2連絡先	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()
	第3連絡先	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()
	その他		

※この太枠内は記入しないでください。

事業利用料	市内の保育所等に在籍する児童	2,000円	兄弟姉妹で同時に利用する場合、2人目の児童は半額、3人目からの児童は無料
	上記のうち府中市が扶助を決定した生活保護世帯の児童	0円	
	上記以外の世帯	2,500円	