

別記様式第5号（第8条関係）

病児保育登録票

| | | | |
|--|--------|-------------------------------------|-------------------|
| 年度 | | 登録番号 | |
| フリガナ 児童氏名 | | 愛称（ ） | |
| 性別 男・ 女 | | 生年月日 年 月 日 (歳) | |
| 在籍施設名 | | 保護者氏名 | |
| 住 所 府中市 町 | | 電話番号 (第1連絡先) | |
| 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 (科 先生) | | 電話 () | |
| 健康保険被 保険者番号 | | 記号 番号 | |
| 健康保険被 保険者番号 | | 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・ 乳幼児等医療・() | |
| 公費負担者番号 | | 受給者番号 | |
| 予 防 接 種 | 三種混合 | 受けていない・受けた (I 期 1 回 2 回 3 回 I 期追加) | |
| | BCG | 受けていない・受けた | ポリオ 受けていない・受けた |
| | はしか・風疹 | 受けていない・受けた | おたふくかぜ 受けていない・受けた |
| | 水ぼうそう | 受けていない・受けた | |
| 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。～ | | | |
| 1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう | | | |
| 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 | | | |
| 9 咽頭結膜熱（プール熱） 10 その他の感染症又は病気 _____ | | | |
| 11 熱性けいれん 回数 _____ 回 最後は _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| 12 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) | | | |
| 13 アトピー性皮膚炎 具体的に _____ | | | |
| 14 アレルギー体質 具体的に _____ (除去の必要のある食品：牛乳・卵・鶏肉・牛肉・そば・大豆・その他 _____) | | | |
| 常時服用している薬 | | ない・ある (具体的に _____) | |
| 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…) | | | |

_____ 年 _____ 月 _____ 日記入 記入者名 (_____)

*裏面「児童家庭状況票」も記入してください。

児童家庭状況票

| | |
|------|--|
| フリガナ | |
| 児童氏名 | |

| | | | | |
|------------|---------------|----|---------------|----|
| 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 | 生活保護世帯 | 0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 |
| | 上記以外の世帯 | 2,000円 | |