

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	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・ 乳幼児等医療・()	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 具体的に _____</p> <p>14 アレルギー体質 具体的に _____</p> <p>(除去の必要のある食品：牛乳・卵・鶏肉・牛肉・そば・大豆・その他 _____)</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 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	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	