

### 米沢市病児保育事業利用登録書

米沢市長 あて

〒

住所

氏名



電話番号

次のとおり病児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

- (1) 記載事項に変更が生じた場合には、その旨をとどけること。
- (2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

登録年度	平成	年度	登録番号		
登録を希望する理由					
登録児童	児童氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	通園・通学施設名	
		男 女	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	〒 ( )	
	かかりつけ医	( ) 医院・病院 ( ) 先生			
	新生児期	出生時の異常 (有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れている・わからない	
予防接種	三種混合	受けていない・受けた	四種混合	受けていない・受けた	
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた	
	麻しん・風しん	受けていない・受けた	ヒブ	受けていない・受けた	
	肺炎球菌	受けていない・受けた	日本脳炎	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	
これまでにかかった主な感染症や病気 <span style="float:right">—かかった病気に○をつけてください—</span>					
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. 百日ぜき 7. りんご病 8. 熱性けいれん(回数 回) (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有・無) 9. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 10. その他 ( )					
入院したこと	ない・ある (具体的に: )				
食物アレルギー	ない・ある (具体的に: )				
その他	体質 (薬物アレルギー等) や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。				
登録児童以外の世帯員	氏名	続柄	生年月日	会社・学校名等	電話番号
緊急連絡先	氏名	続柄	〒		
	氏名	続柄	〒		