（様式第１号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

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。

⑴ 記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届けること。

⑵ 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

登録年度	令和　　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	Ｂ型肝炎	受けていない・受けた
	ロタ	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　　　－かかった病気に○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. 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	℡