

病児保育利用登録票

年 月 日

横手市長 様

申請者(保護者)氏名 _____ (印) (父・母)

連絡先 _____

ふりがな 児童氏名	生年 月日	年 月 日生 (歳 か月)
住所 (〒 -) 電話 () -		
通園施設等 1 保育所、幼稚園等に通園している → 施設名 _____ 2 保育所、幼稚園等に通園していない 3 小学校に通っている → 小学校名 _____		
かかりつけの医師 医療機関名 _____ 電話 - 担当医師名 _____		
保険証番号 国保・社保・共済・() 記号番号()		
出生の状況 分べん【正常・帝王切開・難産】 / 出生時体重 _____ g / 栄養【母乳・人工・混合】		
保育上配慮が必要な体質や慢性的な病気はありますか。【ない・ある】 ある場合 → 病名 _____ 症状 _____ 手当 _____		
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。【ない・ある】 ある場合 → 病名 _____ 【薬を使用している・薬を使用していない】		
既往歴 該当するものに○をつけてください。 1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風しん(三日ばしか) 5 咽頭結膜熱(プール熱) 6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7 百日咳 8 ヘルパンギーナ 9 肺炎 10 とびひ 11 B型肝炎(キャリアーを含む。) 12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】 13 アトピー性皮膚炎 14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】 15 熱性けいれん 【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】 16 てんかん 17 食物アレルギー 【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】 18 その他(NICUを利用した、保育器に入った等) 【具体的に: _____】		
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください。)		