

別記様式第1号（第10条関係）

五泉市病児保育事業事前登録票

年 月 日

五泉市長 様

市内すべての病児保育実施施設及び担当課で本登録票の情報を共有することに同意します。		申込者氏名		
登録児童	フリガナ		愛称	
	児童氏名	男女	生年月日 ・ ・ (歳 か月)	
	自宅住所	〒 -		
	自宅電話			
	通園(学)施設名	() 園・小学校		
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生		
緊急連絡先	第1連絡先		第2連絡先	
	氏名	(歳)	氏名	(歳)
	児童との続柄	父・母・その他()	児童との続柄	父・母・その他()
	携帯電話		携帯電話	
	勤務先名		勤務先名	
	勤務先電話		勤務先電話	
新生児期	出生時の異常(有・無)	発育・発達	普通・少し遅れていると思う	
予防接種	ロタウイルス	受けた・受けていない	ポリオ	受けた・受けていない
	小児用肺炎球菌	受けた・受けていない	麻疹・風疹混合	1期・2期
	ヒブ	受けた・受けていない	水ぼうそう	受けた・受けていない
	四種混合	受けた(I期 1回 2回 3回 追加)・受けていない	おたふくかぜ	受けた・受けていない
	B C G	受けた・受けていない	日本脳炎	1期初回・1期追加
	三種混合	受けた・受けていない	はしか・風疹	受けた・受けていない
	B型肝炎	受けた・受けていない	二種混合	受けた・受けていない
これまでにかかった主な感染症や病気(無・有)(かかった番号に○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(年 月)	
5	おたふくかぜ(年 月)	6	熱性けいれん(今までに 回)(最後は 年 月)(座薬の指示(有・無))	
7	アトピー性皮膚炎	8	喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中)	
9	その他()			
入院したこと	無・有	(病名:)	・ 歳 か月)	
常時服用している薬	無・有	(具体的に:)	・ 歳 か月)	
食事制限	無・有	(具体的に:)		
その他	心配なこと、配慮してほしいこと(体質・障がい・くせ等)を具体的にお書きください。			

(注) 事前登録票の記載内容に変更があったときは、速やかに届け出てください。

※ 市外に居住しており、保護者が市内の事業所等に勤務する場合は確認ができる書類等を添付してください。