

## 米沢市病児保育事業利用登録書

米沢市長 あて

〒 ー

住 所

氏 名

電話番号

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

(1) 登録内容に変更が生じた場合は、その旨を届け出ること。

(2) 病児保育室利用中は、実施施設の指示に従うこと。

また、登録にあたり、登録児童の健康保険証の写しを米沢市及び病児保育室に提供することに同意します。

|                                                                                                                                                           |                                                      |                  |                      |                   |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------|----------------------|-------------------|------|
| 登録年度                                                                                                                                                      | 令和6年度                                                |                  | 登録番号                 |                   |      |
| 登録を希望する理由                                                                                                                                                 |                                                      |                  |                      |                   |      |
| 登録児童                                                                                                                                                      | ふりがな                                                 | 性別               | 生年月日                 | 通園・通学している施設名      |      |
|                                                                                                                                                           | 児童氏名                                                 | 男・女              | H・R 年 月 日<br>( 歳 ヶ月) | 電話 ( )            |      |
|                                                                                                                                                           | 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                                                                                                                                                      | 五種混合                                                 | 受けていない・受けた       | 麻疹風しん(MR)            | 受けていない・受けた        |      |
|                                                                                                                                                           | 四種混合                                                 | 受けていない・受けた       | 水痘(水ぼうそう)            | 受けていない・受けた        |      |
|                                                                                                                                                           | ヒブ                                                   | 受けていない・受けた       | 日本脳炎                 | 受けていない・受けた        |      |
|                                                                                                                                                           | 肺炎球菌                                                 | 受けていない・受けた       | ロタウイルス               | 受けていない・受けた        |      |
|                                                                                                                                                           | B型肝炎                                                 | 受けていない・受けた       | おたふくかぜ               | 受けていない・受けた        |      |
|                                                                                                                                                           | BCG                                                  | 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 ー かかったことがある病気に○をつけてください ー                                                                                                               |                                                      |                  |                      |                   |      |
| 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<br>8. 熱性けいれん (回数 回) (最後はいつ H・R 年 月 日) (座薬の指示 有・無)<br>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) やくせなどの心配なこと、配慮してほしいこと等があれば具体的に記入してください。 |                  |                      |                   |      |
| 登録児童以外の世帯員                                                                                                                                                | 氏 名                                                  | 続柄               | 生年月日                 | 会社名等              | 電話番号 |
|                                                                                                                                                           |                                                      |                  | 年 月 日                |                   |      |
|                                                                                                                                                           |                                                      |                  | 年 月 日                |                   |      |
|                                                                                                                                                           |                                                      |                  | 年 月 日                |                   |      |
|                                                                                                                                                           |                                                      |                  | 年 月 日                |                   |      |
|                                                                                                                                                           |                                                      |                  | 年 月 日                |                   |      |
| 緊急連絡先                                                                                                                                                     | 1 氏名                                                 | 続柄               | 電話                   |                   |      |
|                                                                                                                                                           | 2 氏名                                                 | 続柄               | 電話                   |                   |      |