

(様式第1号)

# 病児・病後児保育利用登録書

年 月 日

(あて先)  
川口市長

申込者 住所 \_\_\_\_\_

(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話(自宅) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

病児・病後児保育の利用について、次のとおり登録します。

児 童 氏 名	フリガナ	男・女	お子さんの愛称
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)		
家族の状況	父:氏名 母:氏名 その他:	連絡先 連絡先	
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	※ 確実にできる電話番号を記入して下さい。		
	(第一) 電話番号 ( )	関係 ( )	
	(第二) 電話番号 ( )	関係 ( )	
(第三) 電話番号 ( )	関係 ( )		
通園・通学 先の名称	電話 -		
健康保険	保険者名称:	記号番号:	
主治医名	医療機関名、医師名等 電話 -		
周産期	・ 妊娠中の異常 なし・あり ( ) ・ 出生時の体重 ( g ) ・ 出産時期 予定どおり ・ 日早かった、遅かった(在胎 周) ・ 出産時の異常 なし・あり ( )		
既往歴 ※○をつける	・ 麻しん(はしか) ・ 風しん ・ 水痘(みずぼうそう) ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ 百日咳 ・ B型肝炎 ・ その他(具体的に):		
予防接種歴 ※○をつける	・ MR(麻しん・風しん・混合) ・ 水痘(みずぼうそう) ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	1回目 1回目 1回目	2回目 2回目 2回目
アレルギー	なし ・ あり (原因物質: )		
熱性けいれん	なし ・ あり ( 歳 )		
その他	くせ等、心配なこと・配慮してほしいこと		

登録番号 \_\_\_\_\_