

※登録番号（記入不要）

病児・病後児保育事業利用登録書

平成 年 月 日				
福 島 市 長 様 申請者 住 所 福島市 (保護者) 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span> 電 話 ( ) 乳幼児健康支援一時預かり事業の利用のため、次のとおり登録します。				
ふりがな		男	生年	平成 年 月 日
児童氏名		女	月日	( 歳 か月)
通常利用 している 施設名	保育所(園)			
	幼稚園			
	その他 ( )			
健康保険	種類 (国保・社保・共済)	記号	番号	番号
かかりつけの 医療機関	電話 ( )			
児童の平常の健康状況	健康・病弱 かかりやすい病気 ( )			
	食 欲 : 良 好 ・ その他 ( )			
	睡眠状態 : 良 好 ・ その他 ( )			
	便 通 : 良 好 ・ その他 ( )			
これまでかかった主な病気				
予防接種 実施状況等	ツ反応 (有・無)	三種混合 (有・無)	風 疹 (有・無)	
	B C G (有・無)	日本脳炎 (有・無)	水 痘 (有・無)	
	ポリオ (有・無)	はしか (有・無)	おたふくかぜ (有・無)	
	アレルギー (有・無) (除去食 : )			
その他健康上の留意点				
家 (利 用 児 童 を 除 く 状 況)	氏名	続柄	職業・学校等	緊急連絡先・連絡電話番号
		父		( )
		母		( )
				( )
				( )
父親の状況			母親の状況	
勤務先等名称			勤務先等名称	
勤務時間	時 分 ~ 時 分	勤務時間	時 分 ~ 時 分	
仕事以外の理由で利用する場合 傷病による入院・治療 傷病名 病院名 その他の理由			仕事以外の理由で利用する場合 傷病による入院・治療 傷病名 病院名 出産 年 月 日出産予定 その他の理由	