

第1号様式(第7条関係)

病児・病後児保育利用登録届

年 月 日

(宛先)  
戸田市長

申込者 住所 \_\_\_\_\_  
(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 (自宅) \_\_\_\_\_

病児・病後児保育の利用について、次のとおり登録を届け出ます。

児 童 氏 名	フリガナ	性別	愛 称
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 箇月)		
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	(※確実に連絡がとれる電話番号)		
通園 (通学) 施設名	電話 _____		
健康保険	種類：	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 ( ) ・出生児の体重 ( g) ・出産時期 予定どおり ・ 日早かった、遅かった (在胎 週) ・出産時の異常 なし ・ あり ( )		
感染症歴	・麻疹： 歳 箇月 ・水痘： 歳 箇月 ・百日咳： 歳 箇月 ・流行性耳下腺炎： 歳 箇月 ・B型肝炎： 歳 箇月 ・その他 (具体的に)：		
これまでにかかった主な病気			
アレルギー	なし ・ あり (原因物質： )		
その他 体質 (薬物アレルギー等)、くせ等心配なこと・配慮して欲しいこと			

【注意事項】

- 1 児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますのでご了承ください。
- 2 医療費助成制度を申請される場合 (診察を伴う場合) は、こども医療費受給資格者証も持参してください。
- 3 保育の継続が困難と実施施設で判断したときは、一旦受け入れた後に保育をお断りすることがあります。この場合は、速やかにお迎えに来てください。
- 4 利用時間を必ず守ってください。お迎えが遅れた時は、次回の利用をお断りすることがあります。

登録番号 \_\_\_\_\_