

病児・病後児保育事業利用登録票 (登録番号)

平成 年 月 日提出

吉富町長 様

記入者名 _____ 印

| | | | | | | |
|----------------|---|-----------|-------------|--------|---------|------|
| 児童 | ふりがな 氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 歳 | 月 か月 | 日生 |
| 健康保険被 保険者番号 | 記号 | 番号 | 被保険者番号 | | | |
| 医療証番号 | | | | | | |
| 保護者 | 父・氏名 | (歳) | お子さんの愛称 | | | |
| | 母・氏名 | (歳) | | | | |
| | 自宅住所 | | | | | |
| | 自宅電話 _____ (携帯電話・その他 _____) | | | | | |
| きょうだい | 歳(男・女) | | 歳(男・女) | | 歳(男・女) | |
| 職 業 | 父 | | | 母 | | |
| 緊急連絡先 | 連絡者名 | | 続柄 | 連絡先 | | 電話番号 |
| | ① | | | | | |
| | ② | | | | | |
| | ③ | | | | | |
| 通っている施設等名称 | | | | 電話 | — | — |
| 主治医名 | | | | 電話 | — | — |
| 予防接種 | 三種混合 受けていない・受けた (I期1回・2回・3回・I期追加) B C G 受けていない・受けた ポ リ オ 受けていない・受けた は し か 受けていない・受けた 風 疹 受けていない・受けた 水ぼうそう 受けていない・受けた おたふくかぜ 受けていない・受けた | | | | | |
| 感染症 | これまでににかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○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 | 5 おたふくかぜ | 6 手足口病 | | | |
| | 7 りんご病 | 8 百日咳 | 9 咽頭結膜熱 | | | |
| | 10 ヘルパンギーナ | 11 熱性けいれん | 12 じんましん | | | |
| | 13 結核 | 14 喘息 | 15 アトピー性皮膚炎 | | | |
| | 16 とびひ | 17 その他 | | | | |
| これまでの病気 | 出生体重: _____ g | | | | | |
| | 出生時何か異常がありましたか (_____) | | | | | |
| | 熱性けいれん: 初回 _____ 歳 か月 最後は _____ 歳 か月 (これまでに _____ 回) | | | | | |
| | 喘 息: 毎日薬を飲んでいる・発作時だけ・薬なし 毎日吸入している・発作時だけ・吸入していない | | | | | |
| | アトピー性皮膚炎: ない・ある (治療は 内服薬・食事療法) | | | | | |
| | アレルギー体質: ない・ある (具体的に _____) (食物: ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他 _____) | | | | | |
| | 1年以内に _____ ある・ない (病名 _____) | | 歳 か月 | | | |
| | 入院したこと _____ (病名 _____) | | 歳 か月 | | | |
| 世帯 状況 | 1 生活保護法による被保護世帯 | | 2 住民税非課税世帯 | | | |
| | 3 所得税非課税世帯(1・2を除く) | | 4 その他の世帯 | | | |
| | ※1～3に該当する世帯は、そのことを明らかにする書類を添付してください。 | | | | | |