

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

病児保育施設利用登録届出書

(宛先) 村上市長

保護者名 住所
氏名 電話番号

病児保育施設の利用のため、次の事項に同意の上、登録を申し込みます。

- (1) 病児保育施設を利用した場合に、使用料の審査のため公的扶助の受給状況について市の公簿等により調査すること
 - (2) 緊急時には保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、措置を行うこと。その際に発生する医療費等については保護者負担となること

予 防 接 種	<p>*これまでに受けた予防接種に□と【 】の中に○をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ）【初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加】 <input type="checkbox"/> 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）【初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加】 <input type="checkbox"/> 三種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）【初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加】 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】 <input type="checkbox"/> 経口生ポリオ【1回目・2回目】 <input type="checkbox"/> ヒブ【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌【初回（1回目・2回目・3回目）・追加】 <input type="checkbox"/> B型肝炎【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合【1期・2期】 <input type="checkbox"/> 水痘【1回目・2回目】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎【1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期】 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ【1回目・2回目】 <input type="checkbox"/> ロタウィルス【1回目・2回目・3回目】 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p>										
既 往 症	<p>*これまでにかかった病気に□と【 】内を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 突発性湿疹 <input type="checkbox"/> はしか（麻しん） <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん【回数　　回】最近【　年　月　日】座薬の指示【有・無】 <input type="checkbox"/> 家族歴【氏名　　　　　　続柄　　】 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎【治療は　<input type="checkbox"/> 内服薬　<input type="checkbox"/> 外用薬　<input type="checkbox"/> 食事療法】 <input type="checkbox"/> 哮息および喘息様気管支炎【<input type="checkbox"/> 繙続治療中　<input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ】 <input type="checkbox"/> アレルギー【ない・ある】【食物・薬品】（品名　　）</p>										
入院経験	無・有	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">病名：</td> <td style="width: 15%;">歳</td> <td style="width: 15%;">か月</td> </tr> <tr> <td>病名：</td> <td>歳</td> <td>か月</td> </tr> </table>				病名：	歳	か月	病名：	歳	か月
病名：	歳	か月									
病名：	歳	か月									
常時服用 している薬	無・有	*喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬がありましたら具体的にお書きください。									
その他の 情報	<p>*体質（薬物アレルギー等）や、病児保育施設利用に際し、配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。</p>										