

いすみ市長 様

申請者（保護者） 氏 名
住 所 いすみ市
電話番号
E-mail

いすみ市病児保育事業利用登録申請書

いすみ市病児保育事業を利用したいので、いすみ市病児保育事業実施要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、市及び病児保育事業の受託者が下記記載の個人情報を共有すること、必要に応じて児童の通園・通学先又は受診歴のある医療機関等に児童の情報を確認すること及び市が下記記載事項について公簿等により確認することに同意します。

ふりがな		男・女		生年月日		年 月 日 (歳 か月)	
児童氏名							
お子さんの愛称 ()							
学校等名 []	☐ 小学校 年生		① ☐ 放課後児童クラブに入会している				
	② ☐ 保育所 ③ ☐ 保育園 ④ ☐ こども園 ☐ 幼稚園		☐ 通園・通学等はしていない				
⑤ 兄弟姉妹が ☐ 保育所・保育園・認定こども園に入所している (保育所等名:) (氏名:) ☐ 放課後児童クラブに入会している (クラブ名:) ※①②③④⑤のいずれかに ☒ のない方は、就労証明書を提出してください。							
保 護 者	父	氏 名			携帯電話		
		勤 務 先			電話番号		
	母	氏 名			携帯電話		
		勤 務 先			電話番号		
緊 急 連 絡 先	父	☐ 携帯 ☐ 勤務先	父・母 以外の場合 の連絡 先	氏 名			児童 との 続柄
	母	☐ 携帯 ☐ 勤務先		電話番号			
利 用 料 金 区 分			生活保護世帯 ☐ 該当 ・ ☐ 非該当			住民税非課税世帯 ☐ 該当 ・ ☐ 非該当	
かかりつけの医院・病院							
妊娠中の異常 ☐ なし ☐ あり ()							
出産時の異常 ☐ なし ☐ あり ()							
発達の異常 ☐ なし ☐ あり ()							

※ ☐ に該当する場合は、チェック ☒ をしてください。

予 防 接 種	H i b	未・(1・2・3・追)	小 児 肺 炎 球 菌	未・(1・2・3・追)
	四 種 混 合	未・(1・2・3・追)	三 種 混 合	未・(1・2・3・追)
	B C G	未・済	ポ リ オ	未・(1・2 (3・追))
	麻しん・風しん混合	未・(1・2)	水 ぼ う そ う	未・(1・2)
	日 本 脳 炎	未・(1・2・追)	お た ふ く か ぜ	未・(1・2)
既 往 歴	1. 突発性発しん 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. 手足口病 6. おたふくかぜ 7. りんご病 8. 百日咳 9. 咽頭結膜炎 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. ぜんそく 15. アトピー性皮膚炎 16. とびひ 17. てんかん 18. 心臓病 19. その他 ()			
	今までの大きな病気			
	熱 性 け い れ ん	☐ ない ☐ ある (初回 (歳 か月) 最後 (歳 か月) これまでに 回)		
	ぜ ん 息	☐ ない ☐ ある (薬を 毎日飲んでいる・発作時だけ飲んでいる・飲んでいない)		
	ぜ ん 息 様 気 管 支 炎	☐ ない ☐ ある (吸入療法を 毎日している・発作時だけしている・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)		
	入 院 し た こ と	☐ ない ☐ ある (病名： 歳 か月) (病名： 歳 か月)		
ア レ ル ギ ー	1. 薬アレルギー ☐ ない ☐ ある (薬剤名) 症状： 2. 食物アレルギー ☐ ない ☐ ある (食品名) 症状：			
常 時 服 用 している薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎等で、常時服用している薬があれば内服時間など具体的にお書きください。			
そ の 他	体質やくせなど、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			