

第1号様式(第7条関係)

病児・病後児保育利用登録届

(宛先)

年 月 日

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 -----	男・女	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	電話 ※確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
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 ・水疱瘡： 歳 箇月 ・百日咳： 歳 箇月 ・おたふくかぜ： 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受託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 _____