

様式第2号（第11条関係）

登録番号	
利用料階層区分	4月～6月
	7月以降

年 月 日

大山崎町病児及び病後児保育事業利用登録票（ 年度）

(フリガナ) 児童氏名		性 別	男 ・ 女	
		生年月日	年	月 日
住 所	〒 -			
自宅電話番号		F A X 番号		
所属機関名	保育所（園） ・ 幼稚園 ・ 小学校			
かかりつけ医	医療機関名		医師名	
	連絡先			
保護者	父	氏 名	携帯番号	
		勤務先名称	連絡先	
	母	氏 名	携帯番号	
		勤務先名称	連絡先	
保護者以外の連絡先（緊急時）	氏名（関係）	()	連絡先	

出生時の状況	出 生	週	体 重	g
	出生時の異常		なし ・ あり	
予防接種	BCG	受けた ・ 受けていない		
	4種混合	受けた（1回・2回・3回・追加） ・ 受けていない		
	麻しん風しん混合	受けた（1回・2回） ・ 受けていない		
	H i b	受けた（1回・2回・3回・追加） ・ 受けていない		
	小児肺炎球菌	受けた（1回・2回・3回・追加） ・ 受けていない		
	水ぼうそう	受けた（1回・2回） ・ 受けていない		
	B型肝炎	受けた（1回・2回・3回） ・ 受けていない		
	日本脳炎	受けた（1回・2回・追加） ・ 受けていない		
	ロタウイルス	受けた（1回・2回・3回） ・ 受けていない		
	おたふくかぜ	受けた（1回・2回・3回） ・ 受けていない		
これまでにかかった主な感染症や病気に○をつけてください	・ 突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息及び喘息性気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ） ・ 熱性けいれん（回数 回 / 直近： 年 月 日 / 予防薬指示 有・無） ・ その他（ ）			
入院の有無	1 無 2 有 ※有の場合は、具体的に記載ください 病名（ ） 時期（ 歳 ヶ月） 病名（ ） 時期（ 歳 ヶ月） 病名（ ） 時期（ 歳 ヶ月）			
常備服用薬	1 無 2 有（具体的に ）			
食事制限	1 無 2 有（具体的に ）			
その他	体質（アレルギー等）やくせなどで心配なこと、配慮してほしいこと等具体的に記入ください。			

* 添付書類（1）健康保険証の写し（2）子育て支援医療費受給者証の写し
 （3）その他町長が必要と認めるもの（該当する場合のみ：福祉医療費受給者証など）