



東浦町病児・病後児保育事業利用登録書

事業者記入欄

変更・経過等記入欄 (変更点が大きい場合は、登録番号継続のうえあらためて用紙を記入提出してもらう)	登録番号	
	登録年月日	年 月 日
	受付職員氏名	

登録者記入欄

1	児童の氏名	ふりがな (愛称)	男・女	年 月 日生	
2	住所	〒		電話番号	
3	保護者(代表)の氏名	ふりがな	男・女	児童からみた続柄	
4	児童の在園・在学名等	保育園・幼稚園 小学校		歳児 年生	電話番号
5	世帯状況	氏 名	児童からみた続柄	生年月日	勤務先名 勤務等時間
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
		ふりがな		年 月 日	～
6	緊急連絡先	(続柄) 電話番号			
		(続柄) 電話番号			
7	かかりつけ 主治医名	病院 医院	担当医師名		電話
8	保護者勤務先 等所在地(住所が東浦町外の方のみ)	(続柄) 所在地 東浦町大字 字			
		(続柄) 所在地 東浦町大字 字			

＜出産前後のことについて＞

＜乳児期の発達について＞

＜体質や疾病について＞

平熱	度分
ひきつけ・けいれん	ない ・ある（発熱あり・なし） 初回： 歳 か月 最後： 歳 か月 今までに 回
今までに罹った感染症・大きな病気・怪我など	突発性発疹・水痘・流行性耳下腺炎（おたふく）・はしか・風疹
入院歴（病名・時期）	
現在、治療中の病気	
常用薬	
アレルギー	食物アレルギー ない・ある（食物名： ） アトピー性皮膚炎 ない・ある（内服薬 ） （塗り薬 ） その他（ ）
障がいの有無	ない・ある（手帳 級 ）
療育手帳	ない・ある（ 判定 ）

お子さんの体質や癖・心配なこと・配慮して欲しいこと等があれば、具体的にお書き下さい。

＜予防接種について＞

予防接種に関する記録を母子健康手帳で確認をして、コピーをしますので、登録書を提出の時に必ず母子健康手帳を御持参ください。

※予防接種歴コピー添付