

様式第1号（第7条関係）

病児・病後児保育利用登録票

登録日 年 月 日

神栖市長 あて

保護者氏名 _____

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録します。

ふりがな	
児童氏名	年 月 日 生 (歳)
住所：	電話番号()
所属：	()保育所・幼稚園・小学校 入所年齢(歳 か月)
かかりつけの病院名：	
父 氏名	()歳 勤務先()TEL 携帯 勤務先住所
母 氏名	()歳 勤務先()TEL 携帯 勤務先住所
<p>※済ませた予防接種に○、罹った病気に赤○をして下さい。 BCG、三種混合(回)、日脳、はしか、風疹、おたふくかぜ、水痘</p> <p>※基礎疾患があれば○、または疾患名を記入してください。 気管支喘息、アトピー性皮膚炎、ジンマシン()、心臓病 腎臓病、ケイレン、川崎病、その他()</p> <p>※熱性ケイレン : なし・あり(今まで 回、最後 年 月 日)</p> <p>※食物アレルギー : なし・あり(内容)食事制限なし・あり</p> <p>※嫌いな食べ物 :</p> <p>※その他 :</p>	

登録受付： 年 月 日

受付番号・ 番

カルテ番号