第１号様式（第６条関係）

病 児 保 育 利 用 登 録 書

年　　月　　日

大和郡山市長　様

保護者　住　所

氏　名

病児保育事業利用のため、次のとおり登録します。
なお、利用登録にあたっては、下記事項について、誓約及び同意します。

記

①本利用登録内容については、実態と相違ありません。なお実態と異なる場合は、登録の取り消し等いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。
②本利用登録内容確認に必要な事項について、市が関係機関へ確認することに同意します。
③本利用登録の有効期間は、原則当該年度末までとなり、利用希望年度毎に利用登録が必要となることに同意します。
④利用する病児保育実施施設が、本利用登録書の写を保管することに同意します。

登録番号　（　　－　　）

（ふりがな） 児童氏名 性別等	愛称（　　）　男　女			加入保険の記号・番号　　・ 保険者番号 福祉医療費助成受給資格証番号	
生年月日 血液型	年　月　日 （　　）歳（　　）か月 型（RH　＋　－）		かかりつけ 医療機関 TEL（　　）　－		
住所 （ご利用される方）	（〒　　－　　） Tel（　　）　－				
緊急連絡先	Tel①　どなたの連絡先ですか（　　）				
	Tel②　どなたの連絡先ですか（　　）				
登 録 期 間	年　月　日　～　年　月　日				
通園･通学しているところ	（保育所･認定こども園･幼稚園･小学校等）　TEL（　　）				
保護者	氏名	続柄	生年月日	勤務先等	連絡先
上記以外 同居家族					

※裏面に続きます

生育歴	・妊娠中の異常　　なし・あり ・在　胎　　週　　出生体重　　g ・出産時の異常　　なし・あり（　　） ・首すわり　　か月 ・生　歯　　か月 ・一人歩き　　歳　　か月
かかった病気	・突発性発疹　済　未　　・みずぼうそう　済　未 ・麻疹　済　未　　・風疹　済　未 ・おたふくかぜ　済　未 ・りんご病　済　未 ・百日咳　済　未
予防接種 受けたものに 〇をつけて下さい	・ヒブ　（　1　2　3　4　）　　・四種混合　（ Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ ） ・肺炎球菌　（　1　2　3　4　）　　・BCG　（ 済・未 ） ・B型肝炎　（　1　2　3　）　　・MRワクチン　（ Ⅰ期・Ⅱ期 ） ・ロタロックス　（　1　2　）　　・みずぼうそう　（ 1・2 ） ・ロタテック　（　1　2　3　）　　・おたふく風邪　（ 1・2 ） ・その他の予防接種で受けたもの（　　）
けいれん	なし・あり 初回　（　歳　か月）　最終　（　歳　か月） 発熱時はけいれん予防の座薬を使用されていますか？　はい　いいえ
入院したことはありますか？	な　し あ　り　（病名　　歳　　か月） （病名　　歳　　か月） （病名　　歳　　か月）
アレルギー疾患について	・食物アレルギー　なし あ り （ 卵　牛乳　大豆　小麦　そば ） （ その他:　　） ・アトピー性皮膚炎　（行っている治療　　） ・気管支喘息　（行っている治療　　） ・その他（　　）（医療的ケア　　）
現在も治療中の病気について	な　し あ　り　（病名　　） 内服薬　なし　あり（　　） その他の治療　（　　）
体質やかかりやすい病気について該当項目に〇をつけて下さい	（　）鼻血が出やすい　　（　）皮膚がかぶれやすい （　）下痢をしやすい　　（　）じんましんができやすい （　）吐きやすい　　（　）肘内障になったことがある　最終（　　）歳
その他 心配事など	

備　考