

病児保育施設「どんぐり病児保育室」

事前登録番号

カード発行日

月

日

病児保育事業 病児搬送対応（お迎えサービス）事前登録書 平成_____年度（年度ごとに登録申請は必要です。）

※事前登録書に下記のコピーを添付してください。

①保険証 ②こども医療費受給資格証 ③母子手帳（予防接種の記録のページ）

④児童・保護者・その他お迎えをする親族等の写真

登録児童	フリガナ			性別	生年月日	
	氏 名			男・女	年 月 日（ 歳 ヶ月）	
	自宅住所	（〒 - ）宇都宮市 町 番地				
	自宅電話番号	（ ）				
	通園施設	宇都宮市 町 番地 TEL（ ） （ ）保育園				
	かかりつけ医	宇都宮市 町 番地 TEL（ ） （ ）医院・病院・クリニック				

保護者連絡先： 連絡を取る場合は優先順位①（携帯電話・勤務先電話） 優先順位②（携帯電話・勤務先電話）の順								
連絡を取る優先順位①番	保護者① （ ）	フリガナ			家族構成	続柄	氏名	年齢・学年
		氏 名						
		生年月日	年 月 日					
		勤務先名						
		勤務時間	～					
		勤務先電話	（ ）					
		携帯番号						
連絡を取る優先順位②番	保護者② （ ）	フリガナ			お迎えサービスを利用するにあたり、お伝えしたいこと、心配なこと 配慮してほしいことをご記入ください。			
		氏 名						
		生年月日	年 月 日					
		勤務先名						
		勤務時間	～					
		勤務先電話	（ ）					
		携帯番号						

○出生時の異常：無・有（ ）	○発育・発達：ふつう・健診や通園施設にて指摘あり
----------------	--------------------------

予防接種（これまでに受けた予防接種の番号に○と【 】に回数を書いてください。）			
1 小児肺炎球菌	【 回】	6 ポリオ	不活性【 回】 経口生【 回】
2 Hib（ヒブ）	【 回】	7 MR麻疹・風疹混合	10 おたふくかぜ【 回】
3 四種混合	【 回】	8 日本脳炎	11 水ぼうそう【 回】
4 三種混合	【 回】	9 ロタ	12 インフルエンザ 月接種
5 BCG	【 回】		13 その他

既往歴（今までにかかった病気の番号に○と【 】に内容を書いてください。）	
1 突発性発疹症	7 アトピー性皮膚炎
2 麻疹（はしか）	8 喘息・喘息性気管支炎 【 毎日薬を飲んでいる ・ 発作時のみ ・ いなし 】
3 風疹（三日ばしか）	9 熱性けいれん 【 初回 歳 ヶ月 ・ 最後 歳 ヶ月 ・ これまで 回 】 【座薬の指示 なし ・ あり 】
4 みずぼうそう	
5 おたふくかぜ	

*アレルギー（食品）については、制限食品等の医師の診断書が必要です。	
6	【アレルギー（食品） なし ・ あり 】 制限食品名（ ） 【アレルギー（薬品） なし ・ あり 】 制限薬品名（ ） 【その他のアレルギー なし ・ あり 】 （ ）
【今までに入院をしたことがありますか ①【 歳 ヶ月：病名（ ）】 ②【 歳 ヶ月：病名（ ）】	
【 常時使用している内服薬 なし ・ あり 】（病名 ）（薬の名前 ） 1日 回	
【 常時使用している外用薬 なし ・ あり 】（病名 ）（薬の名前 ） 1日 回	

世帯区分（該当するものに○をつけてください。）	1 生活保護世帯	2 市民税非課税世帯	3 婚姻歴のないひとり親家庭	4 その他の世帯
-------------------------	----------	------------	----------------	----------

病児保育施設「どんぐり病児保育室」のお迎えサービスを利用いたしたく申請いたします。

平成 年 月 日

医療法人 北斗会 宇都宮東病院 （病児保育施設「どんぐり病児保育室」

理 事 長 殿

保護者名 _____ 印

コピーのりづけ

①保険証 ②こども医療費受給資格証 ③母子手帳（予防接種の記録ページ） ④かかりつけの診察券

お迎えの確認用ですので、⑤児童・保護者・その他お迎えをする親族等の写真を貼ってください。（一同写真も可）

①保険証 ②こども医療費受給資格証 ③母子手帳（予防接種の記録のページ）