

第1号様式（第7条関係）

平成 年度 昭島市病児保育登録書

平成 年 月 日

1 登録児童

氏名	性別	生年月日	住所	通園施設名
		平成 年 月 日	昭島市	

2 家族及び緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	勤務先名等	勤務先電話番号
備考				

3 これまでにかかった病気

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> ノロウイルス	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> RSウイルス
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか)	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 溶連菌	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/> 百日ぜき
<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> プール熱	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> リンゴ病
<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> ぜん息	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> その他( )

4 これまでに接種した予防接種

<input type="checkbox"/> ヒブワクチン	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> ポリオ
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> BCG(結核)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> MR混合ワクチン	<input type="checkbox"/> みずぼうそう
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	(はしか・風しん)	<input type="checkbox"/> DTワクチン
<input type="checkbox"/> その他( )				

5 利用料金免除（市民の方で該当者のみ記入）

<input type="checkbox"/> A階層（生活保護世帯）	<input type="checkbox"/> B-1階層（市民税非課税（ひとり親等）世帯）
--------------------------------------	-------------------------------------------------

次の内容に同意して登録し、病児保育事業を利用します。

- 1 保育中に病状が急変・再発等の理由により保育の継続ができない状況と判断されたときは、利用の途中でであっても自宅療養させるため迎えに来ること。
- 2 保育中の病状の急変等に対し実施される医療行為を承認すること。
- 3 保育中に別の病気に感染する可能性について了承すること。
- 4 この申請に関し必要な情報を公簿等により確認すること。また、その情報に基づき決定した利用料金免除について、施設・事業者に対して提示すること。

保護者氏名

印