

年度	
番号	

八女地区病児・病後児保育事業利用登録申請書・台帳

年 月 日

八女市長

(保護者) 住所
氏名

下記のとおり、八女地区病児・病後児保育事業を利用したいので、登録を申請します。

利用する施設等の名称		保育の理由				
ふりがな				男・女	年 月 日生	
利用児童名						歳
世帯員の状況	氏 名	続柄	年齢	お勤め先・学校名	就業・就学時間	備考
					～	
					～	
					～	
					～	
					～	
摘要					生活保護の有無	有・無

※実施の経過

登録の要否	要 ・ 否 (理由)	登録年月日	年 月 日
		備考 (特記事項)	
その後の経過 (利用の記録)			
登録解除年月日	年 月 日	登録解除の理由	1 転出 2 その他 ()

市町村：

八女地区病児・病後児保育施設児童票

年 月 日記入				登録番号	
保険証	保険者番号			記号 番号	被保険者名
医療証	負担者番号			受給者番号	
ふりがな				男 女	生年月日： 年 月 日生 愛称： (歳 か月)
保護者	ふりがな	自宅住所 (〒 -)			
	氏名	自宅電話 ()			
緊急連絡先	氏 名			続柄	連絡先 電話番号
1					
2					
保育所・幼稚園・学校：				かかりつけ医：	
兄弟： 歳 (男・女) 歳 (男・女) 歳 (男・女) 歳 (男・女)					
予防接種 ※該当するものに○をつけてください。	三種・四種混合：受けた (1期1回・2回・3回・1期追加)・受けていない BCG：受けた・受けていない ポリオ：受けた・受けていない 麻疹・風疹混合 (MR)：受けた・受けていない ヒブ：(1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌：(1回・2回・3回・追加) 水ぼうそう：受けた・受けていない おたふくかぜ：受けた・受けていない				
既往疾患 ※かかった病気の番号に○を病名がない場合はその他の欄に病名を記入ください。	いままでにかかった主な感染症と病気 1 突発性発疹症 2 はしか 3 水ぼうそう 4 おたふくかぜ 5 風疹 6 百日咳 7 溶連菌感染症 8 中耳炎 9 肝炎 10 結核 11 喘息 12 じんましん 13 熱性けいれん 14 その他 ()				
出生体重： g 出生時に何か異常がありましたか：なし・ある () 熱性けいれん：なし・ある (初回 歳 か月 最後は 歳 か月 これまでに 回) 喘息：なし・ある (毎日薬をのんでいる・発作時だけ服用・薬なし) (毎日吸入している・発作時だけ吸入・吸入はしていない) アトピー皮膚炎：なし・ある (内服薬あり・食事療法) アレルギー体質：なし・ある (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・ごま・その他) 具体的にお知らせください： 1年以内の入院：なし・ある (病名： 年齢： 歳 か月) (病名： 年齢： 歳 か月) (病名： 年齢： 歳 か月)					
備考	※その他知らせておかなければならないことはここにお書きください。				