

年 月 日

令和 年度 病児・病後児保育登録書

1 登録児童

氏名	愛称	性別	生年月日	住所	通っている保育園等	クラス・学年
		<input type="checkbox"/> 男	年			歳児クラス
		<input type="checkbox"/> 女	月 日			年生

2 家族構成及び緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	勤務先名等	勤務先電話番号
		歳	備考	
		歳		
		歳		

3 出生時の異常

<input type="checkbox"/> 異常があった ()	<input type="checkbox"/> 異常はなかった
-------------------------------------	----------------------------------

4 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"/> 突発性発しん	<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 ()

※けいれん既往歴又はアレルギーがある場合、詳細を別紙に御記入ください。

5 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"/> 五種混合	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	<input type="checkbox"/> その他
<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(はしか・風しん)		
<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	<input type="checkbox"/> DTワクチン	

6 利用料免除（市民の方で、生活保護世帯又は市民税非課税世帯の方が該当です。）

【4月～8月の利用】	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(前年度)	<input type="checkbox"/> 該当しない
【9月～3月の利用】	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(今年度)	<input type="checkbox"/> 該当しない

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する等緊急事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。
- 2 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、利用の途中であっても自宅療養をさせるため迎えに来ること。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 保育中に事故等が発生した場合、市や東京都へ報告することについて了承すること。
- 6 利用料免除を申し出た際には、課税状況等を調査すること。
- 7 保育園等に対し、登録児童の保育の実施に当たって必要な情報を提供及び収集すること。
- 8 マイナンバーカード（マイナ保険証）による診療情報取得について 同意する 同意しない

保護者氏名
