

別記

第1号様式（第7関係）

八戸市病児送迎サービス事業事前登録申請書

年 月 日

病児保育施設

施設長 様

申込者（保護者） 氏 名

住 所

八戸市病児送迎サービス事業の利用にあたり、次のとおり、事前登録します。

乳幼児・児童		(フリガナ) 氏 名	生年月日	年	月	日
			(歳 か月)			
緊急連絡先		連絡先 1	連絡先 2			
	氏 名					
	続 柄	父・母・その他 ()	父・母・その他 ()			
	勤 務 先					
	勤務先電話					
	携 帯 電 話					
在学・在園名		保育園・小学校 電 話				
かかりつけ医		病院・医院 電 話				

※ 以下項目について、八戸市病児送迎サービス事業を利用する病児保育施設において既に利用登録等により、同じ内容を報告している場合は、病児保育施設に同意のもと記入の省略を可とする。

(記入を省略した場合は、項目右の☑をつけること)

予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に ☑ と 【 】 内の回数に ○ を付けてください。		☐
	☐ B型肝炎【1回 2回 3回】 ☐ ロタウイルス【1回 2回 3回】 ☐ 小児用肺炎球菌【1回 2回 3回 4回】 ☐ 五種混合【1回 2回 3回 4回】 ☐ 四種混合【1回 2回 3回 4回】 ☐ ヒブ【1回 2回 3回 4回】	☐ BCG ☐ 麻しん風しん混合【1期 2期】 ☐ 水痘(水ぼうそう)【1回 2回】 ☐ 日本脳炎【1回 2回 3回 4回】 ☐ その他()	
既 往 歴	これまでにかった病気に ☑ と 【 】 内の内容にコメント及び ○ を付けてください。		☐
	☐ 突発性発疹症 ☐ はしか ☐ 風疹 ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 熱性けいれん【これまでに 回・最後は 年 月 日・座薬指示 有・無】 ☐ 喘息又は喘息性気管支炎【継続治療中・悪化時治療】 ☐ その他【 】		
入 院	入院経験がある場合、具体的にお書きください。		☐
	【病名： 歳 か月】 【病名： 歳 か月】		
薬	常用している薬がある場合、具体的にお書きください。		☐
そ の 他	食事制限(食物アレルギー)がある場合、具体的にお書きください。		☐
	体質(薬物アレルギー等)や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。		☐

※ 事前登録にあたっては、本書に加えて「八戸市病児送迎サービス事業利用に関する同意書(第2号様式)」を記入及び提出すること。