

## 七飯町病児保育事業児童登録票

登録児童	氏名	ふりがな	男 女	愛称	年 月 日生 歳 ヲ月	
	自宅	〒 - 住所： 電話番号：( ) -				
	保護者	氏名 男・女 続柄 年 月 日生		氏名 男・女 続柄 年 月 日生		
		職場名 職種		職場名 職種		
	児童の 兄弟姉妹	氏名 男・女 ( 年 月 日生)		氏名 男・女 ( 年 月 日生)		氏名 男・女 ( 年 月 日生)
		通園通学 施設名 名称 住所 保育園・幼稚園・小学校 ( ) 年生 電話番号：( ) -				
かかり つけ医	医院・病院 先生					
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	備考・勤務先等		
	1.		( ) -			
	2.		( ) -			
	3.		( ) -			
予防接種  〇で囲んでください ※母子手帳を確認の上、 済んだものは回数を書き 込んでください	アクトヒブ	1回 2回 3回 追加		水ぼうそう	1回 2回	
	プレベナー	1回 2回 3回 追加		おたふくかぜ	1回 2回	
	B型肝炎	1回 2回 3回		日本脳炎	I期 1回 2回 追加 II期	
	ロタ	ロタテック	1回 2回 3回		二種混合(6年生)	済
		ロタリックス	1回 2回			
	四種混合	1回 2回 3回 追加		三種混合	1回 2回 3回 追加	
	BCG	済			不活化ポリオ 1回 2回 3回 追加	
MR(麻疹・風疹)	I期(1歳) II期(年長)		ポリオ	生ポリオ 1回 2回		
これまでにかかった主な感染症		突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ				
アレルギー	食物除去 してない・している → [牛乳・乳製品・鶏卵・小麦・その他( )]					
発育・発達	ふつう・わからない・気になっている・診断名がついている( )					
入院したこと	ない・ある	病名： ( 歳 ヲ月のとき)		病名： ( 歳 ヲ月のとき)		

同意書	徴収金および利用料決定のために必要があるときは、保護者および同一生計内の親族の所得税、町民税の課税状況について、税務課に報告及び証明等の確認を求めることに同意いたします。				
	年 月 日 住所				
	保護者氏名				

※ 申請により、非課税世帯は利用料が1,000円、生活保護世帯は無料になります。お申し出ください。

記入後は七飯町保健センターまたは病児保育所はるっこへ提出してください。

＝ 2022.4.1

また、提出後に住所・お名前等に変更があった場合は、ご連絡ください。