

様式第3号

病児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

小樽市長

(保護者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

病児保育事業の利用登録を受けたいので、小樽市病児保育事業実施要綱第11条の規定により、下記のとおり申し込みます。また、市が病児保育事業の登録に必要な同一世帯の市町村民税情報及び世帯情報を閲覧すること、及びその情報に基づき決定した利用者負担額並びに登録内容を事業実施者に対して通知することについて同意します。

利用児童	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	平成 年 月 日 令和 ( 歳)
	住所 (〒 - ) 小樽市 丁目 番 号 町 番地			
	自宅電話番号 - -			
	通所等施設名称	( ) 保育所 (園)・認定こども園・幼稚園・小学校		
	かかりつけ医	( ) 病院・医院・小児科・クリニック		
	健康保険証番号	記号 :	番号 :	保険者番号 :
保護者1	ふりがな		続柄	父・母 その他 ( )
	氏名			
	連絡先1	勤務先 :		
連絡先2	電話番号 :			
保護者2	ふりがな		続柄	父・母 その他 ( )
	氏名			
	連絡先1	勤務先 :		
連絡先2	電話番号 :			
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 (水疱瘡) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふく) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん: 無 有 (回数 回 初回 歳 か月 最後 歳 か月 ) <input type="checkbox"/> ひきつけ (診断名: ) 熱 ( ) °C でひきつける <input type="checkbox"/> その他 ( )			

予 防 接 種	三種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	四種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	ポリオ（不活化）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	BCG		未・済（1回・2回・3回・追加）
	流行性耳下腺炎（おたふく）		未・済
	麻疹・風疹混合（MR）		未・済（1期・2期）
	水痘（水疱瘡）		未・済（1回・2回）
	日本脳炎		未・済（1期 1回・2回・追加）
	肺炎球菌		未・済（1回・2回・3回・追加）
	H i b（ヒブ＝インフルエンザ菌 b 型）		未・済（1回・2回・3回・追加）
	B型肝炎		未・済（1回・2回・3回）
	ロタウイルス		1価
5価			未・済（1回・2回・3回）
ア レ ル ギ ー	なし・あり ありの場合 専門機関での受診（なし・あり）（医療機関名： ） 診断名（ ）主症状（ ） アレルゲン（ ）		
薬	常用している薬などがあれば、具体的に記入してください。 薬の名前（ ） 内服薬・塗り薬・吸入薬・その他（ ）		
食 事	<input type="checkbox"/> 授乳中（母乳・ミルク・混合） <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期）		
	<input type="checkbox"/> 一人で食べる（はし・スプーン・手づかみ） <input type="checkbox"/> 一人で食べるが介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ（排泄を 教える ・ 時々教える ・ 教えない） <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立		
睡 眠	睡眠時間（昼： : ~ : ）（夜： : ~ : ） 寝付き（良・否） 寝起き（良・否） 寝るときの様子や癖（ ）		
そ の 他	病児保育に預ける上で、心配なことや配慮してほしいことがあれば具体的に記入してください。 _____ _____		

小樽市記入欄

受付日

利用登録番号	—
宛名番号	
病児保育台帳登録日	令和 年 月 日
利用料	<input type="checkbox"/> 2,000円 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（台帳番号 ）