

病児保育施設「おはなほいくえん」

事前登録番号

カード発行日 月 日

病児保育事業 病児搬送対応（お迎えサービス）事前登録申請書  
平成 年度用（年度ごとに登録申請は必要です。）

※事前登録書に下記のコピーを添付してください。（裏面に糊で貼ってください。）

- ①保険証 ②子ども医療費受給資格証 ③母子手帳（予防接種の記録のページ）
- ④主治医とする医療機関の診察券あるいは済生会病院診察券 ⑤児童・保護者・その他お迎えをする親族等の写真

登録児童	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			男・女	年 月 日（ 歳 ヶ月）	
	自宅住所	（ ー ）宇都宮市 町 番地				
	自宅電話番号	（ ）				
	通園施設	宇都宮市 町 番地 TEL（ ）	（ ）保育園・こども園			
主治医	宇都宮市 町 番地 TEL（ ）	（ ）医院・病院・クリニック				

保護者連絡先： 連絡を取る場合は優先順位①（携帯電話・勤務先電話） 優先順位②（携帯電話・勤務先電話）の順

連絡を取る優先順位①番	保護者① 続柄（ ）	フリガナ		家族構成	続柄	氏名	年齢・学年
		氏名					
		生年月日	年 月 日				
		勤務先名					
		勤務時間	～				
		勤務先電話	（ ）				
		携帯番号					
連絡を取る優先順位②番	保護者② 続柄（ ）	フリガナ		お迎えサービスを利用するにあたり、お伝えしたいこと、心配なこと 配慮してほしいことをご記入ください。			
		氏名					
		生年月日	年 月 日				
		勤務先名					
		勤務時間	～				
		勤務先電話	（ ）				
		携帯番号					

○出生時の異常： 無 ・ 有（ ） ○発育・発達： ふつう・健診や通園施設にて指摘あり

予防接種（これまでに受けた予防接種の番号に○と【 】に回数を書いてください。）

1 小児肺炎球菌	【 回】	6 ポリオ	不活性	【 回】	10 おたふくかぜ	【 回】
2 Hib（ヒブ）	【 回】		経口生	【 回】	11 水ぼうそう	【 回】
3 四種混合	【 回】	7 MR麻疹・風疹混合		【 回】	12 インフルエンザ	月接種
4 三種混合	【 回】	8 日本脳炎		【 回】	13 その他	
5 BCG	【 回】	9 ロタ		【 回】		

既往歴（今までにかかった病気の番号に○と【 】に内容を書いてください。）

1 突発性発疹症	7 アトピー性皮膚炎
2 麻疹（はしか）	8 喘息・喘息性気管支炎 【 毎日薬を飲んでいる ・ 発作時のみ ・ いない 】
3 風疹（三日ばしか）	9 熱性けいれん 【 初回 歳 ヶ月 ・ 最後 歳 ヶ月 ・ これまで 回】
4 水ぼうそう	【座薬の指示 なし ・ あり 】
5 おたふくかぜ	
*アレルギー（食品）については、制限食品等の医師の診断書が必要です。	
6	【アレルギー（食品） なし ・ あり 】 制限食品名（ ）
	【アレルギー（薬品） なし ・ あり 】 制限薬品名（ ）
	【その他のアレルギー なし ・ あり 】（ ）
【今までに入院をしたことがありますか なし ・ あり 】	
①【 歳 ヶ月：病名（ ）】②【 歳 ヶ月：病名（ ）】	
【 常時使用している内服薬 なし ・ あり 】（病名）（薬の名前） 1日 回	
【 常時使用している外用薬 なし ・ あり 】（病名）（薬の名前） 1日 回	

世帯区分（該当するものに○をつけてください。） 1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 婚姻歴のないひとり親家庭 4 その他の世帯

病児保育施設「おはなほいくえん」のお迎えサービスを利用いたしたく申請いたします。

平成 年 月 日

栃木県済生会宇都宮病院（病児保育施設「おはなほいくえん」）

病院長 殿

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

コピーのりづけ

- ①保険証 ②こども医療費受給資格証 ③母子手帳（予防接種の記録のページ） ④かかりつけの診察券あるいは済生会病院診察券

お迎えの確認用ですので、⑤児童・保護者・その他お迎えをする親族等の写真を貼ってください。（一同写真も可。）

タクシーでのお迎えに必要ですので、病児保育施設「おはなほいくえん」と通園している保育園等の位置関係を地図にしてください。

（Yahoo Googleの地図貼付可）