

病児保育施設「おはなほいくえん」

病児保育事業 送迎対応（お迎えサービス）事前登録申請書

令和_____年度用（年度ごとに登録申請は必要です）

事前登録番号

カード発行日 _____ 月 _____ 日

※事前登録申請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
- ⑥「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示した地図

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	（〒 _____ ）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	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	続柄	氏名	年齢・学年	
連絡を取る優先順位②番	保護者② 続柄（ ）	フリガナ													
		氏名													
		生年月日													
		勤務先名													
		勤務時間													
		勤務先電話													
		フリガナ		お迎えサービスを利用するにあたり、伝えておきたいこと、心配なこと、配慮してほしいことなどをご記入ください。											
		氏名													
		生年月日													
		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： 心づう・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	ロタウイルス	【 回】	5	四種混合	【 回】	9	日本脳炎	【 回】
2	Hib（ヒブ）	【 回】	6	BCG	【 回】	10	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	【 回】
3	小児肺炎球菌	【 回】	7	MR（麻しん・風しん）	【 回】	11	その他	
4	B型肝炎	【 回】	8	水痘（水ぼうそう）	【 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	麻しん（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	風しん（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	水痘（水ぼうそう）		【座薬の指示 なし ・ あり】
5	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		
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 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。 令和 _____ 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 _____

コピーのりづけ

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。（一同写真可。）

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かかりつけの診察券あるいは済生会病院診察券

(Yahoo Googleの地図貼付可)