

病児保育施設「おはなほいくえん」

事前登録番号

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 度用（年度ごとに登録申請は必要です）

※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こども医療費受給資格証 ②母子手帳（予防接種の記録のページ） ③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 ④児童・保護者・その他お迎えをする親族等の写真
⑤「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		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、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	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	： ぶつう・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	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】 【座薬の指示 なし ・ あり 】
4 水痘（水ぼうそう）	
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
【アレルギー（食品） なし ・ あり 】 制限食品名（ ）	
6 【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

コピーのりつけ

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

①こども医療費受給資格証 ②母子手帳（予防接種の記録のページ）③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、④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。）

(Yahoo Googleの地図貼付可)