

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 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 ケ月）
	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。 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
		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 口タウイルス	【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)	【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ました申請いたします。

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。（同一写真も可。）

(Yahoo Googleの地図貼付可)