様式第１号（第７条関係）

申請日　　年　　月　　日

申請者　　印

結城市長 様

結城市病児保育事業利用登録申請書

結城市病児保育事業の利用登録について，次のとおり申請します。

お子様のお名前	愛称	生年月日	性別
ふりがな		年　月　日 （　歳　月）	男 女

住　所	
利用区別	□ 結城市在住　□ 結城市在勤（小山市在住以外）　□ 小山市在住

通園通学施設	施設名	かかりつけ医	医療機関名

◉ 緊急連絡先を①～③まで必ずご記入ください。＊必ず申請者の方を含めてください。

①	氏名		続柄	携帯電話	
	勤務先	勤務先名	所在地　市	電話	（　）
②	氏名		続柄	携帯電話	
	勤務先	勤務先名	所在地　市	電話	（　）
③	氏名		続柄	携帯電話	
	勤務先	勤務先名	所在地　市	電話	（　）

◉ アレルギーについてご記入ください。

□ あり（　　）　□ なし　□ 不明

禁食があればご記入ください

◉ 予防接種について，接種済のものには☑してください。

□ ヒブ　□ 肺炎球菌　□ ロタウィルス　□ 三種混合　□ 四種混合　□ ポリオ
□ BCG　□ MR　□ 水痘　□ おたふくかぜ　□ 日本脳炎
□ その他（　　）

◉ 今までにかかったことのある病気に☑してください。

□ おたふくかぜ　□ 水痘　□ RSウィルス　□ 川崎病　□ その他（　　）
□ 熱性けいれん（初回　年　月　日）（最終　年　月　日）合計　回

◉ 嗜好，興味，落ち着かせ方等をご記入ください。

好きな遊び	
これをすると落ち着きます	

その他、知らせておきたいことがあればご記入ください

※ 小山市病児保育事業（新小山市民病院病児保育室）をご利用の方は，小山市への登録申請が必要になります。
結城市では受付できません。