

登録番号 ー

受付日 平成 年 月 日

病児保育室・病後児保育利用登録申込書

各施設長

() えて

□ 病児保育室利用
住所

□ 病後児保育利用

申請者

氏名

登録児童	ふりがな	男	生年月日	平成	年	月	日
	氏名	女	愛称	歳	ヶ月		
	住所 〒 -						
	自宅電話番号						
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)			
	通園施設名 () 市 ()	保育園・幼稚園・小学校 (年)					
	かかりつけ医 ()	医院・病院 () 先生					
保護者 連絡先	氏名(続柄): ()	携帯等:					
	勤務先:	勤務先TEL:					
	氏名(続柄): ()	携帯等:					
	勤務先:	勤務先TEL:					
予防接種	四(三)種混合	未接種	・ 受けた (第1期1回	・ 2回	・ 3回	・ 第2期追加)	
	ヒブ	未接種	・ 受けた (第1期1回	・ 2回	・ 3回	・ 第2期追加)	
	肺炎球菌	未接種	・ 受けた (第1期1回	・ 2回	・ 3回	・ 第2期追加)	
	BCG	未接種	・ 受けた	□ 麻疹	未接種	・ 受けた (1回・2回・3回)	
	MR	未接種	・ 受けた	ポリオ	未接種	・ 受けた (1回・2回・3回)	
	水ぼうそう	未接種	・ 受けた	おたふくかぜ	未接種	・ 受けた	
	麻疹	未接種	・ 受けた	風疹	未接種	・ 受けた	
	インフルエンザ	未接種	・ 受けた				
これまでかかった主な感染症と病気							
1. 突発性発疹 2. 麻疹 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん (回数: 回) (最後はいつ:平成 年 月 日) (座薬の指示: 有・無) 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息及び喘息性気管支炎 (治療継続中・悪化時治療のみ) 9. その他 *かかった時期と病名を記入してください。(例:9ヶ月 中耳炎) ()							
治療中の病気							
医療機関名 () 担当医師名 ()							
アレルギー ない・ある (具体的に除去している食物・薬など:)							
常時服用している薬 ない・ある (具体的に:)							
自宅での医療行為(在宅ケア)についてお書き下さい。							
お子さまについて、ご心配なことがあれば、具体的にお書き下さい							
世帯状況	1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. その他の世帯						