

登録番号 -

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

( ) াতে

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	□ 夕	未接種	・ 受けた (1回・2回・3回)	
	M R	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	おたふくかせ	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. おたふくかせ 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						