

登録番号 -

受付日 令和 年 月 日

病児保育室・病後児保育利用登録申込書

各施設長

( ) へあて

病児保育室利用

病後児保育利用

申請者

登録児童	ふりがな	男	生年月日 平成・令和	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)		
	通園通学施設名 (保育所・幼稚園・小学校等)					
	かかりつけ医 医療機関名 ( ) 担当医師名 ( ) 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	□ タ	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	おたふくかぜ	未接種	・ 受けた
	麻疹	未接種	・ 受けた	風疹	未接種	・ 受けた
	17価IIVガ	未接種	・ 受けた	※四種混合、MRを接種した場合、ポリオ、麻疹、風疹は「受けた」に○		
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	0. 生活保護受給世帯      1. 市町村民税非課税世帯      2. その他の世帯					
<input type="checkbox"/> 今後利用可能な施設が増えた場合、その施設への登録情報の提供について同意する。						