

登録番号 ー

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

( ) あて

□ 病児保育室利用 □ 病後児保育利用  
住所

申請者

氏名

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	□ 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		
	ｲﾝﾌﾙｲﾝزا 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					