

(病保様式第1号)

登録番号	-
------	---

院長	副院長	事務部長	看護部長	管理課長	庶務班長	小児科部長

受付日 年 月 日

### 病児保育室・病後児保育利用登録申込書

国立病院機構福岡東医療センター院長 殿

申請者

登録児童	ふりがな	H・R 年 月 日生まれ		
	氏名	愛称	才 ヶ月	
		男・女		
	住所			
	電話番号	携帯番号		
	兄の兄弟・姉妹	才(男・女)	才(男・女)	才(男・女)
	所属施設名( )	) 保育園・幼稚園・小学校		
	かかりつけ医 医療機関( )	) 担当医( ) 先生		
保護者 連絡先	氏名: ( )	携帯など:		
	勤務先:	勤務先Tel:		
	氏名: ( )	携帯など:		
	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・追加)	
	ヒブ	未接種・受けた	(第1期1回・2回・3回・追加)	
	肺炎球菌	未接種・受けた	(第1期1回・2回・3回・追加)	
	BCG	未接種・受けた	ロタ 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	インフルエンザ 未接種・受けた	
	風疹	未接種・受けた	コロナウイルス 未接種・受けた	
		※MRを接種した場合、麻疹、風疹は「受けた」に○		※四種混合を接種した場合ポリオは「受けた」に○
<p>これまでにかかった主な感染症と病気</p> <p>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. アトピー性皮膚炎</p> <p>7. 熱性けいれん(回数: 回)(最後はいつ: 年 月 日)(座薬の指示: 有・無)</p> <p>8. 喘息及び喘息性気管支炎(治療継続中・悪化時治療のみ)</p> <p>9. その他*時期と病名を記入してください(例:9ヶ月 中耳炎)</p> <p>( )</p>				
<p>治療中の病気</p> <p>医療機関名( ) 担当医師名( )</p>				
アレルギー ない・ある( )				
常時服用している薬 ない・ある( )				
自宅での医療行為(在宅ケア)( )				
ご心配なことがあればご記入具体的に下さい				
世帯状況: 0. 生活保護世帯 1. 市町村民税非課税世帯 2. その他の世帯				