

令和 年度大川市病児・病後児保育事業登録申請書

令和 年 月 日

大川市長 様

施設長 様

(保護者) 住所 _____

氏名 _____

次のとおり大川市病児・病後児保育事業を利用したいので、登録申請をいたします。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

ふりがな		愛称	性別	生年月日	平成・令和 年 月 日
児童名			男・女	年 齢	_____ 歳 _____ 月
保護者	ふりがな		住所	(〒 -)	
	氏名			電話番号	() -
きょうだい	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先 (会社名等)	電話番号 (携帯番号)	
1					
2					
保育所・幼稚園・学校等の名称	小学校 (年生) 幼稚園・保育所・認定こども園				
かかりつけ医名	病院名		電話番号		
保険証	保険者番号		記号 番号	保険者名	
医療証	負担者番号		受給者番号		
予防接種 (該当するものに○をつけてください。)	三種・四種混合	受けた (1期1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けてない			
	ヒブ	受けた (1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けてない			
	肺炎球菌	受けた (1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けてない			
	BCG	受けた・受けてない	ポリオ	受けた・受けてない	
	水ぼうそう	受けた・受けてない	MR (麻疹・風疹)	受けた・受けてない	
	おたふくかぜ	受けた・受けてない	日本脳炎	受けた・受けてない	
既往疾患 (かかった病気の番号に○を病名がない場合はその他の欄に記入ください。)	いままでにかかった主な感染症と病気 1 突発性発疹症 2 はしか 3 水ぼうそう 4 おたふくかぜ 5 風疹 6 百日咳 7 溶連菌感染症 8 中耳炎 9 肝炎 10 結核 11 喘息 12 じんましん 13 熱性けいれん 14 その他 ()				
○出生時の体重	g				
○出生時に何か異常がありましたか	なし・ある ()				
○熱性けいれん	なし・ある (初回 歳 か月 最後 歳 か月) ※これまでに 回				
○喘息	なし・ある (毎回薬を飲んでいる・発作時だけ服用・薬なし) (毎日吸入している・発作時だけ吸入している・吸入はしていない)				
○アトピー性皮膚炎	なし・ある (内服薬あり・食事療法)				
○アレルギー体質	なし・ある (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・小麦・大豆・ごま・甲殻類・その他) ※具体的にお知らせください:				
○1年以内の入院の有無	なし・ある (病名: 年齢: 歳 か月)				
備考	※その他知らせておかなければならないことを記入ください。				