

平成 年度大川市病児・病後児保育事業登録申請書

平成 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 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。				