

国富町病児、病後児保育事業利用登録申請書

①

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名

印

電話

次のとおり国富町病児、病後児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな 児童氏名		生年月日	性別	申請者 との続き柄	保育所等の名称
		年 月 日			
		(満 歳 ヶ月)			
通院病院	病院名		担当医師名		電 話
					—
					—
既往症 (これまでに かかった病気 すべてに○)	1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風疹(三日ばしか) 5 頭結膜炎 6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7 ヘルパンギーナ 8 百日咳 9 手足口病 10 感染性紅斑(リンゴ病) 11 熱性けいれん 12 川崎病 13 異形肺炎(マイコプラズマ肺炎) 14 結核 15 喘息 16 アトピー性皮膚炎 17 とびひ 18 湿疹 19 食物アレルギー(ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆) 20 その他 ()				
アレルギー 体質の有無	有 (詳細に) • 無				
予防接種 (接種済のものに○ をつけてください)	1. B. C. G(結核) 2. おたふくかぜ 3. 日本脳炎 4. ロタウイルス 5. 水ぼうそう 6. M. R(麻疹・風疹・混合) 7. インフルエンザ 8. ヒブ 9. 小児用肺炎球菌 10. A型肝炎 11. B型肝炎 12. 四種混合(ポリオ・ジフテリア・百日咳・破傷風) 13. その他 ()				
児童に対する 留意点					
保護者	フリガナ 父			自宅電話	
	氏名 母				—
勤務先名 (緊急連絡先)	父			勤務先電話	—
	母			勤務先電話	—
加入医療保険		記号	番号	保険者名	