

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		生年月日		性別	申請者 との続き柄	保育所等の名称
児童氏名						
		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		保険者番号