

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

(宛先) 南砺市長

申請者 住所 南砺市
(保護者) 氏名
電話

病児・病後児保育事業の利用のため、次のとおり登録を申請します。

ふりがな		愛称	性別	生年月日(年齢)
児童氏名			男 女	年 月 日(歳 か月)
通園中の園名	保育園 幼稚園	かかりつけ医	健康 保険証	記号: 番号: 保険者番号:

父	氏名	(歳)	携帯電話	
	勤務先		勤務先電話	
母	氏名	(歳)	携帯電話	
	勤務先		勤務先電話	
同居家族	続柄	氏名	学校・職場	連絡先

出生時の状況 正常 異常(例: 早期産○週等)

予防接種 (受けたものに☑をつける)	既往症 (かかったものに☑をつける)
BCG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)
日本脳炎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 風疹(3日はしか)
4種混合 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 百日咳
MR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)
Hib(ヒブ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
肺炎球菌 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 突発性発疹
水痘 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 結核
B型肝炎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎
ロタウイルス <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手足口病
流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
その他 () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症
	<input type="checkbox"/> その他の感染症()

<input type="checkbox"/> 川崎病
<input type="checkbox"/> 心臓疾患()
<input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/> てんかん
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん
<input type="checkbox"/> その他の疾患 ()
<input type="checkbox"/> ヘルニア(部位:)
<input type="checkbox"/> 脱臼(部位)
<input type="checkbox"/> その他の大きなケガなど ()

アレルギーについて

食物アレルギー 無 有 (乳 卵 小麦 その他)

薬物アレルギー 無 有 (*薬剤名 *薬剤名)

その他 無 有 (*具体的に *具体的に)

* アナフィラキシー 無 有 (エピペン処方 無 有)

けいれんについて

今までに()回起こした 最終のけいれん 年 月 (歳 か月) *発熱があれば()℃

坐薬の指示 無 有 (*薬剤名 *発熱()℃で挿入)

配慮が必要なことがあれば記入してください