

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

保護者 住 所
氏 名
電話番号

印

病児・病後児保育を利用したいので、次の事項に同意の上、登録を申請します。

- (1) 利用の可否等の審査のため、市が所有する個人情報(住民基本台帳、課税台帳等)を閲覧すること。
- (2) 登録の内容について、病児・病後児保育施設と共有すること。

登録児童	フリガナ		性別	生年月日		
	児童氏名		男・女	年 月 日 (歳 か月)		
	園名・学校名等		保育園・幼稚園・小学校 / 自宅			
	かかりつけ医	医院名	電話	—		
緊急連絡先	連絡先①	氏 名	氏 名			
		続 柄	続 柄			
		勤務先	勤務先			
		勤務先電話	勤務先電話			
		携帯電話	携帯電話			
		施設までの到着時間	分	施設までの到着時間	分	
予防接種	これまでに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内に回数に <input type="checkbox"/> をつけてください。					
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 【 1回 2回 3回 】 <input type="checkbox"/> ヒブ 【 1回 2回 3回 追加 】 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 【 1回 2回 3回 追加 】 <input type="checkbox"/> 四種混合 【 1回 2回 3回 追加 】 <input type="checkbox"/> 三種混合 【 1回 2回 3回 追加 】 <input type="checkbox"/> 生ポリオ 【 1回 2回 】	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ 【 1回 2回 3回 追加 】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 【 第1期 第2期 】 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう 【 1回 2回 】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 【 1期1回 2回 追加 2期 】 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ 【 1回 2回 】				
既往歴	これまでに受けた病気に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の内容に記入または <input type="checkbox"/> をつけてください。					
	<input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん【 これまでの回数： 回 最終は 年 月 日 座薬の指示 有・無 】 <input type="checkbox"/> 喘息又は喘息性気管支炎【 継続治療中・悪化時治療 】 <input type="checkbox"/> その他【 】					
薬	入院したこと ない・ある【病名 歳 か月】 【病名 歳 か月】					
その他	常時服用している薬 ない・ある 【 具体的に 】					
	食事制限 ない・ある【 具体的に 】					
	着替え 自立・介助 食事 自立・介助 排泄・整容 自立・介助 服薬 自立・介助 食べ方【 】 好きな遊び【 】					
体質(薬物アレルギー等)や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的に書きください。 症状等						