

病児・病後児保育事前登録申請書

令和 年 月 日



申請者 住所 西栗倉村

氏名 _____ ㊞

電話 _____

次のとおり、病児・病後児保育を利用したいので登録申請します。

利用者	ふりがな		年齢	歳	か月
	氏名				
	生年月日	年 月 日	性別	男	・ 女
	園・小学校名				
	かかりつけ医				
	アレルギー体質の有無	有 (詳細に有の場合 → アナフィラキシー) ・ 無			

緊急時連絡先	利用者との続柄 ()	氏名		携帯電話	-	-
		勤務先		電話	-	-
	利用者との続柄 ()	氏名		携帯電話	-	-
		勤務先		電話	-	-

既往歴(今までにかかった病気すべてに○を付けてください)

- 1.麻しん(はしか) 2.風しん(三日ばしか) 3.水痘(水ぼうそう) 4.流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
 5.百日咳 6.突発性発疹 7.RSウイルス感染症 8. アデノウイルス 9.肺炎 10.中耳炎 11.川崎病 12.喘息
 13.アトピー性皮膚炎 14.熱性けいれん(初回: 歳 ヶ月、最後: 歳 ヶ月、これまで 回
 15.食物アレルギー(卵、牛乳、小麦、そば、ピーナッツ、その他)
 16.その他()

予防接種(これまでに受けたものすべてに○をつけてください。)

- 1.B型肝炎 2.ロタウイルス 3.ヒブ 4.肺炎球菌 5.四種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)
 6.B.C.G(結核) 7.MR(麻しん・風しん混合ワクチン) 8.水痘(水ぼうそう)
 9.流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 10.日本脳炎 11.二種混合(ジフテリア、破傷風)
 12.生ポリオ 13.三種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風) 14.インフルエンザ(直近)
 15.その他()

注意:この登録申請は、今後の利用申請に的確かつ迅速に対応するため、あらかじめ利用者を把握するもので
 利用に際して優先権を与えるものではありません。

登録番号		登録有効期限	年 月 日まで
登録日	年 月 日		

裏面も確認 ⇒

