

診察券番号:

病児保育登録申請書 (高砂・加古川・)

フリガナ			愛称	兄弟関係	
お名前	男・女				第 子
生年月日	平成 年 月 日 生まれ (歳 ヲ月)				
自宅住所			連絡メール		
自宅電話番号			携帯電話		
通園通学施設名	小学校・幼稚園・保育園 年 組				
家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名	職種
		父			
		母			
	兄弟	才(男・女) 才(男・女) 才(男・女) 才(男・女)			
緊急連絡先	氏名	続柄	電話 ① ②		
予防接種 (済のものに○)	ロタ : (1回・2回・3回)				
	B型肝炎 : (1回・2回・3回)				
	ヒブ : (1回・2回・3回・4回)				
	小児用肺炎球菌 : (1回・2回・3回・4回)				
	BCG : (受けた・受けていない)				
	生ポリオ : (1回・2回)				
	不活化ポリオ : (1回・2回・3回・4回)				
	3種混合 : 1期(1回・2回・3回)・1期追加				
	4種混合 : 1期(1回・2回・3回)・1期追加				
	MR(麻しん風しん混合) : (1期・2期)				
	水痘 : (1回・2回)				
	おたふくかぜ : (1回・2回)				
	日本脳炎 : 1期(1回・2回)・1期追加・2期				
今までにかかった 病気(○印)	麻しん 風しん 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ(流行性耳下腺炎) 熱性けいれん 今までに 回 初回(歳 ヲ月) 最後(歳 ヲ月) その他けいれん(病名:) 食物アレルギー() その他:				
入院歴	なし あり 病名 いつ頃 最新の入院歴 病名: いつ頃				
高熱時の対応	解熱剤の使用について ()℃ になったら使ってほしい 出来るだけ使用しないでほしい 保育室の判断に任せる				

上記のとおり病児保育利用登録を申請します。

なお、利用期間中は施設の指示に従うことと、申請書が市に提出されることに了承します。

平成 年 月 日

保護者名

印