

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	年 月 日 生まれ ( 歳 ヲ月)				
自宅住所					
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 ・ こども園 年 組				
家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名	職種
	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)				
	不活化ポリオ :( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ・ 就学前追加 )				
	3種混合 :1期 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ) ・ 1期追加 ・ 就学前追加				
	4種混合 :1期 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ) ・ 1期追加 ・ 就学前追加				
	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					
今までにかかった病気(○印)	麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ 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: ) 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				

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。

令和 年 月 日 保護者名 \_\_\_\_\_