

木城町病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

木城町長 殿

〒

申請者 住 所

氏 名

次のとおり木城町病児・病後児保育事業の利用登録をしたいので申請します。

ふりがな		生年月日	性 別	申請者との続柄	保育所等の名称
児童氏名		年 月 日 (満 歳 か月)	男・女		
通院病院	病 院 名		担 当 医 師 名		施 設 電 話
出生児の異常	無・有 ()				
発育・発達	ふつう ・ 健診や通園施設で指摘 ()				
既往歴 (これまでにかかった病気に○)	1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風疹 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん 7. 伝染性紅斑(りんご病) 8. 川崎病 9. 結核 10. 喘息 11. アトピー性皮膚炎 12. その他 ()				
アレルギー 体質の有無	無・有	食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・そば・大豆・) (除去食:)			
		その他のアレルギー (ハウスダスト・スギ花粉・)			
常時使用 している薬	無・有	内服薬 (名称・回数:)			
		軟 膏 (名称・回数:)			
		吸入薬 (名称・回数:)			
予防接種 (これまでを受けたものすべてに○)	1. ヒブ(1・2・3・追) 2. 肺炎球菌(1・2・3・追) 3. ロタ(1・2・[3]) 4. B型肝炎(1・2・3) 5. 四種混合(1・2・3・追) 6. 五種混合(1・2・3・追) 7. 水痘(1・2) 8. MR(麻疹・風疹混合)(1・2) 9. BCG 10. おたふくかぜ(1・2) 11. 日本脳炎(1・2・追・2期) 12. 二種混合(2期) 13. インフルエンザ(1・2) 14. その他 ()				
児童に対する留意点	(体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください)				
保 護 者	氏 名	父		自 宅 電 話	
		母			
	勤 務 先 (緊急連絡先)	父		勤務先電話	
		母		勤務先電話	
世帯状況	1. 生活保護法による被保護世帯 2. その他の世帯				

(注意事項) 予約をキャンセルされる場合は、必ず当日朝までに、病児・病後児保育室へご連絡ください。