

病児保育利用登録申請書

					年 月 日	
保護者	氏名		児童との続柄		TEL	
	住所					
緊急連絡先	連絡の順番	氏名	児童との続柄	連絡先 ※確実に連絡が取れる番号を記載してください		
	1			☐ 携帯 ☐ 勤務先		
	2			☐ 携帯 ☐ 勤務先		

対象児童	ふりがな		男 女	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)		
	児童氏名					
	園・学校名					
	家族構成	父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・他()				
	かかりつけ医					
	予防接種	四種混合	受けていない・受けた(1期・1期追加)			
		五種混合	受けていない・受けた(1期・1期追加)			
		MR(麻しん風しん)	受けていない・受けた(1期・ 2期)			
		水ぼうそう	受けていない・受けた・かかった			
		おたふくかぜ	受けていない・受けた・かかった			
		ヒブ	受けていない・受けた(1期・1期追加)			
		肺炎球菌	受けていない・受けた(1期・1期追加)			
		ロタウイルス	受けていない・受けた			
		B型肝炎	受けていない・受けた(1回・2回・3回)			
	既往症等	アレルギー	無・有(食物・薬・その他) (具体的に)			
		喘息	無・有 (常備薬 あり・なし・発作時のみ)			
		熱性けいれん	無・有 (初回 歳 ヶ月・これまでに 回)			
		現在治療中の病気	無・有 (具体的に)			
		入院歴	無・有 (病名)			
	その他、行動や癖などで配慮してほしいこと					