

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

(宛先) 糸魚川市長

住所 〒 ー
 保護者 糸魚川市
 氏名
 電話

印

病児・病後児保育を利用したいので、次の事項に同意の上、登録を申請します。

- (1) 利用の可否等の審査のため、市が所有する個人情報(住民基本台帳、課税台帳等)を閲覧すること。
- (2) 登録の内容について、病児・病後児保育施設と共有すること。

登録児童	フリカ ^ナ		性別	生年月日				
	児童氏名		男・女	年 月 日 (歳 か月)				
	園名・学校名等		保育園・幼稚園・小学校 / 自宅					
	かかりつけ医		医院名	電話	ー			
緊急連絡先	連絡先①	氏名			連絡先②	氏名		
		続柄	父・母・その他 ()			続柄	父・母・その他 ()	
		勤務先				勤務先		
		勤務先電話				勤務先電話		
		携帯電話				携帯電話		
		施設までの到着時間	分			施設までの到着時間	分	
予防接種	これまでに受けた予防接種に <input type="checkbox"/> と【 】内に回数に <input type="checkbox"/> をつけてください。							
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	【 1回 2回 3回 】		<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	【 1回 2回 3回 追加】			
<input type="checkbox"/> ヒブ	【 1回 2回 3回 追加】		<input type="checkbox"/> BCG					
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	【 1回 2回 3回 追加】		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	【 第1期 第2期】				
<input type="checkbox"/> 四種混合	【 1回 2回 3回 追加】		<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	【 1回 2回】				
<input type="checkbox"/> 三種混合	【 1回 2回 3回 追加】		<input type="checkbox"/> 日本脳炎	【 1期1回 2回 追加 2期】				
<input type="checkbox"/> 生ポリオ	【 1回 2回】		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	【 1回 2回】				
既往歴	これまでに受けた病気に <input type="checkbox"/> と【 】内の内容に記入または <input type="checkbox"/> をつけてください。							
	<input type="checkbox"/> 突発性発しん	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん【 これまでの回数: 回 最終は 年 月 日 座薬の指示 有・無】							
	<input type="checkbox"/> 喘息又は喘息性気管支炎【 継続治療中・悪化時治療】							
<input type="checkbox"/> その他【 】								
入院したこと ない・ある【病名 歳 か月】 【病名 歳 か月】								
薬	常時服用している薬 ない・ある 【 具体的に 】							
その他	食事制限 ない・ある【 具体的に 】							
	着替え 自立・介助 食事 自立・介助 排泄・整容 自立・介助 服薬 自立・介助							
	食べ方【 】 好きな遊び【 】							
体質(薬物アレルギー等)や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 症状等								