

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

保護者 住 所
氏 名
電話番号

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	フリガナ				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 —			
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 ☒ と【 】内に回数に ○ をつけてください。							
	☐ロタウイルス感染症(1価・5価)【1回 2回 3回】 ☐B型肝炎【1回 2回 3回】 ☐ヒ ブ【1回 2回 3回 追加】 ☐小児肺炎球菌【1回 2回 3回 追加】 ☐四種混合【1回 2回 3回 追加】 ☐三種混合【1回 2回 3回 追加】 ☐生ポリオ【1回 2回】 ☐不活化ポリオ【1回 2回 3回 追加】 ☐BCG ☐麻しん風しん混合【第1期 第2期】 ☐水ぼうそう【1回 2回】 ☐日本脳炎【1期1回 2回 追加 2期】 ☐おたふくかぜ【1回 2回】							
既 往 歴	これまでに受けた病気に ☒ と【 】内の内容に記入または ○ をつけてください。							
	☐ 突発性発しん ☐ はしか ☐ 風しん ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 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】 ☐ 喘息又は喘息性気管支炎【継続治療中・悪化時治療】 ☐ 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							
○送迎対応の登録希望 < あり ・ なし > 登録希望 あり の方は、①加入医療保険資格情報が分かる書類 ②糸魚川市子ども医療費助成受給者証の写しを添付してください。								