

病児保育利用申込書

医療機関の長 殿

申込者氏名 \_\_\_\_\_

病児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

なお、病児保育利用中は実施医療機関の指示に従い、児童の体調の変化により実施医療機関の医師が必要と認めたときは、診療を受けることを承諾します。その際、治療に要した費用は保護者が負担することに同意します。

保護者	氏名	児童との続柄	連絡先（全て記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入）	
	第一連絡先		<input type="checkbox"/> 携帯	— —
			<input type="checkbox"/> 勤務先（ ）	—
	第二連絡先		<input type="checkbox"/> 携帯	— —
			<input type="checkbox"/> 勤務先（ ）	—
			名称	

対象児童	ふりがな		性別		生年月日	平成 年 月 日生	
	氏名		男・女				
	愛称		園(学校)名				
	住所						
	家族構成	父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・他（ ）					
	予防接種歴	四種混合（DPT-IPV）	受けていない ・ 受けた（ I期 ・ I期追加 ）				
		MR（麻疹・風疹）	受けていない ・ 受けた（ I期 ・ II期 ）				
		水ぼうそう（水痘）	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（Hib）	受けていない ・ 受けた（ I期 ・ I期追加 ）				
		小児用肺炎球菌	受けていない ・ 受けた（ I期 ・ I期追加 ）				
		ロタウイルス	受けていない ・ 受けた				
	食物アレルギー	無 ・ 有（具体的に ）					
	喘息	無 ・ 有（常備薬 飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時のみ					
	熱性けいれんの既往	無 ・ 有（初回 歳 ヲ月 ・ 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							

※ご記入いただいた個人情報は、委託者（町）及び医療機関で厳重に管理し、病児保育事業以外の目的には使用いたしません。