

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<br>※確実に連絡が取れる番号を記載してください |       |  |
|       | 1     |    |        | ■携帯<br>■勤務先<br>(勤務先名 )       |       |  |
|       | 2     |    |        | ■携帯<br>■勤務先<br>(勤務先名 )       |       |  |

|                      |        |                        |                          |                          |
|----------------------|--------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 対象児童                 | ふりがな   |                        | 男<br>女                   | 平成・令和 年 月 日生<br>( 歳 か月 ) |
|                      | 児童氏名   |                        |                          |                          |
|                      | 園・学校名  |                        | クラス<br>学 年               | ( )才児クラス・小学( )年生         |
|                      | 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)<br>(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 |        |                        |                          |                          |