

## 大和高田市病児保育事業利用登録申請書

No. \_\_\_\_\_

ふりがな		性別	生年月日		愛称
児童氏名		男・女	年 月 日生		
所属	保育所（園）・こども園・幼稚園・小学校（TEL：_____）				
医療機関	（担当医師：_____ TEL：_____）				
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号		
住所	〒_____				
世帯員 （上記児童本人を除く。）	氏名	児童との 続柄	電話番号	氏名	児童との 続柄
緊急連絡先	（保護者との関係：_____）（TEL：_____）				
	（保護者との関係：_____）（TEL：_____）				
アレルギー等（当てはまる症状があれば、○をつけてください。）					
1.食物アレルギー（原因となる食品：_____） 2.アトピー性皮膚炎 3.気管支喘息 4.じんましん 5.鼻炎 6.その他（_____）					
上記症状に関する配慮事項（医師からの指示、投薬など）（_____）					
既往症（今までにかかった病気全てに○をつけてください。）					
1.突発性発疹 2.麻疹（はしか） 3.水ぼうそう 4.風疹 5.咽頭結膜炎（プール熱） 6.おたふくかぜ 7.百日咳 8.川崎病 9.マイコプラズマ感染症 10.手足口病 11.RSウイルス感染症 12.伝染性紅斑（リンゴ病） 13.ヘルパンギーナ 14.とびひ 15.結核 16.その他の大きな病気やけが（病名：_____ いつごろ：_____）					
けいれん（今までにかかったもの全てに○をつけてください。）					
1.熱性けいれん 2.てんかん					
予防接種（これまでに受けたもの全てに○をつけてください。）					
1.B.C.G 2.MRワクチン 3.ポリオ不活化ワクチン 4.ポリオ生ワクチン 5.日本脳炎 6.肺炎球菌 7.おたふくかぜ 8.Hib 9.三種混合 10.四種混合 11.水ぼうそう 12.B型肝炎 13.その他（インフルエンザ・ロタウイルス・_____）					
その他伝えておきたいこと、心配なこと：					

実施施設の長 様

上記のとおり  病児 ・  病後児（利用する類型に ）保育利用の登録を申請します。

年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_

印