

坂祝町病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

坂祝町長 様

申請者（保護者等） 〒 -

住所

氏名

電話

印

坂祝町病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

なお、記入した個人情報、坂祝町と病児・病後児保育事業実施施設で共有すること及び病児・病後児保育事業実施施設が必要に応じて通園、通学先や受診した医療機関等に児童の情報を確認することに同意します。

フリガナ 児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住所（〒 - ） ※申請者住所と異なる場合のみ記入				お子さんの愛称
世帯構成	氏名	生年月日	年齢	備考
	父	. .	歳	携帯電話
	母	. .	歳	携帯電話
		. .	歳	
		. .	歳	
通園・通学施設等				
1. 園・学校名 学年				
2. 通園・通学していない 3.その他（ ）				
かかりつけの医院・病院				
周産期・乳幼児期における健診での指摘事項 (なし ・ あり 内容)				
予防接種 受けた回数を ○で囲んでく ださい。	ポリオ	1回・2回	MR（麻疹・風疹）	1期・2期
	不活化ポリオ	1回・2回・3回・追加	日本脳炎	1回・2回・追加
	三種混合	1回・2回・3回・追加	水ぼうそう	1回
	四種混合	1回・2回・3回・追加	おたふくかぜ	1回
	BCG	1回	インフルエンザ	直近接種日： 年 月
	はしか	1回	その他	
	風疹	1回	その他	

既往歴 ○で囲んでく ださい。	1、突発性発疹 2、はしか 3、風疹 4、水ぼうそう 5、手足口病 6、おたふくかぜ 7、りんご病 8、百日咳 9、咽頭結膜炎（プール熱） 10、ヘルパンギーナ 11、熱性けいれん 12、川崎病 13、肺炎（マイコプラズマ肺炎含む） 14、ぜんそく 15、アトピー性皮膚炎 16、とびひ 17、てんかん 18、心臓病 19、インフルエンザ 20、その他（ ）			
	入院	なし ・ あり 病名（ 病名（	時期 時期	歳 歳 か月） か月）
	アレルギー	(1)薬アレルギー なし ・ あり(薬剤名 症状 (2)食物アレルギー なし ・ あり(食品名 症状		
お預かりす る際の注意 事項	心配なこと、配慮してほしいこと（具体的に）			

_____様

登録番号

--	--	--	--

※申請を受理し登録を完了しました。
利用申し込み時に登録番号をお知らせください。

病児・病後児保育施設長
実施者
