

病児病後児保育 登録申請書

清和なずな園 病児保育施設長 様

病児病後児保育の利用につき、次のとおり申請します。また、利用料、保育を規定において利用すること、提携先病院にて利用することに同意します。

ふりがな		愛称	
児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
申請者（保護者）氏名			
自宅住所（〒 - ）	電話 - -		
緊急連絡先	①氏名	（続柄）	電話（携帯） - -
	自宅・勤務先（	）	・メール（
	）		
緊急連絡先	②氏名	（続柄）	電話（携帯） - -
	自宅・勤務先（	）	・メール（
	）		
緊急連絡先	③氏名	（続柄）	電話（携帯） - -
	自宅・勤務先（	）	・メール（
	）		
園（所）・小学校名			
かかりつけ医／担当医			
予防接種	a: B型肝炎（ <input type="checkbox"/> 回接種） b: ヒブ（ <input type="checkbox"/> 回接種） c: 肺炎球菌（ <input type="checkbox"/> 回接種） d: BCG e: 三種混合 <input type="checkbox"/> 1期（ <input type="checkbox"/> 回接種） <input type="checkbox"/> 1期追加 f: ポリオ（ <input type="checkbox"/> 回接種） g: 四種混合 <input type="checkbox"/> 1期（ <input type="checkbox"/> 回接種） <input type="checkbox"/> 1期追加 h: MR(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 i: 水痘（水ぼうそう）（ <input type="checkbox"/> 回接種） j: 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回（ <input type="checkbox"/> 回接種） <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期 k: おたふくかぜ l: ロタウイルス		
どんな病気にかかりましたか	はしか・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそう・喘息 その他		
現在も治療中・投薬を受けている病気はありますか	ある（		
手術を受けたことがありますか	ない・ある（どんな		
ひきつけを起こしたこと			
薬を飲んで発疹が出たり下痢をしたこと			
アレルギー			
その他伝達事項			

ここからは病児保育室使用欄

会員No.	受付日：
-------	------