

飯島町 病児・病後児保育利用登録申請書

(申請先)  
飯島町長様

平成 年 月 日

申請者 所在地  
氏 名

印

病児・病後児保育を利用したいので、以下の通り登録申請します。

なお、記入した個人情報を飯島町および病児・病後児保育施設で共有することを承諾します。

|                                  |  |                  |                |           |         |
|----------------------------------|--|------------------|----------------|-----------|---------|
| 登録<br>児<br>童                     | (ふりがな)<br>氏 名  |                  | 愛 称            | 通 園・通 学 先 |         |
|                                  |  |                  |                | 名称:       |         |
|                                  |  |                  |                | 電話:       | - -     |
|                                  | 生年月日   | 平成 年 月 日生 ( 歳)   | 性 別            | 男 ・ 女     |         |
| 住 所                              | 〒  |                  |                |           |         |
| 登<br>録<br>児<br>童                 | かかりつけの医療機関 名称:   |                  | 電話: - -        |           |         |
|                                  | 定期通院の疾患: なし ・ ある (病名: )  |                  |                |           |         |
|                                  | 入 院 の経験: なし ・ ある (入院時の年齢 歳、病名: )                                   |                  |                |           |         |
|                                  | 出産時 の異常: なし ・ ある ( )   |                  |                |           |         |
| 登<br>録<br>児<br>童                 | 常時内服のお薬: なし ・ ある (お薬の名前: )   |                  |                |           |         |
|                                  | アレルギー有無: なし ・ ある (アトピー□・食物: 牛乳□、卵□、小麦□、大豆□、そば□<br>(その他□: ) □に✓を入れる |                  |                |           |         |
|                                  | ・配慮すべき点: なし・ある (下に記載) ・通所している機関からの情報収集の可否: 可・非<br>( )              |                  |                |           |         |
|                                  | (情報収集可の場合→通所機関名: TEL: )  |                  |                |           |         |
| 既<br>往<br>歴                      | ★今までにかかった病気の番号に○をつけ、【 】に必要事項を記入して下さい。                              |                  |                |           |         |
|                                  | 1 突発性発疹 2 水痘 (みずぼうそう) 3 麻疹 (はしか) 4 風疹 (三日ばしか)                      |                  |                |           |         |
|                                  | 5 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 6 咽頭結膜熱 (プール熱) 7 ヘルパンギーナ                        |                  |                |           |         |
|                                  | 8 手足口病 9 喘息 10 アトピー性皮膚炎 11 川崎病【心臓合併症 なし・ある】                        |                  |                |           |         |
| 予<br>防<br>接<br>種                 | 1 2 熱性けいれん【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回、座薬の指示: なし・ある】                    |                  |                |           |         |
|                                  | 1 3 その他【具体的に 】   |                  |                |           |         |
|                                  | ★接種済み、あるいは未だに○をつけ、【 】に必要事項を記入して下さい。                                |                  |                |           |         |
|                                  | 1 BCG 済・未  | 2 ポリオ 済【 回】・未    | 3 三種混合 済【 回】・未 |           |         |
| 4 四種混合 済【 回】・未                   | 5 ヒ ブ 済・未  | 6 小児肺炎球菌 済【 回】・未 |                |           |         |
| 7 麻疹・風疹 済【 回】・未                  | 8 日本脳炎 済【 回】・未   | 9 ロ タ 済・未        |                |           |         |
| 10 水痘 済【 回】・未                    | 11 おたふく 済【 回】・未  | 12 B型肝炎 済【 回】・未  |                |           |         |
| 1 3 インフルエンザ 済【 回最終接種日平成 年 月 日】・未 |  |                  |                |           |         |
| 保<br>護<br>者                      | 氏 名  | (続柄 )            |                | 氏 名       | (続柄 )   |
|                                  | 緊急時連絡先   | -                |                | 緊急時連絡先    | -       |
|                                  | 勤 務 先  | 名称:              |                | 勤 務 先     | 名称:     |
|                                  | 先  | 電話: - -          |                | 先         | 電話: - - |