

## 伊那市病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

(申請先) 伊那市長 様

申請者 住 所

氏 名

印

病児・病後児保育を利用したいので、以下のとおり登録申請します。

なお、記入した個人情報伊那市及び実施施設で共有することを承諾します。

	(ふりがな)		愛 称	通 園・通 学 先		
	氏 名			名称:		
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	性 別	男 ・ 女		
登 録 児 童	住 所	〒				
	かかりつけの医療機関	名称:	電話:	- -		
	定期通院の疾患	無 ・ 有 (病名: )				
	入院の経験	無 ・ 有 (入院時の年齢 歳、病名: )				
	出産時の異常	無 ・ 有 ( )				
	常時内服のお薬	無 ・ 有 (お薬の名前: )				
	アレルギー有無	無 ・ 有 (アトピー <input type="checkbox"/> ・食物: 牛乳 <input type="checkbox"/> 、卵 <input type="checkbox"/> 、小麦 <input type="checkbox"/> 、大豆 <input type="checkbox"/> 、そば <input type="checkbox"/> (その他 <input type="checkbox"/> : ) <input type="checkbox"/> に✓を入れる				
配慮すべき点	無 ・ 有 ( )					
通所している機関からの情報収集	可 ・ 否					
	(可の場合 → 通所機関名: )	TEL:				
既 往 歴	今までにかかった病気の番号に○をつけ、【 】には必要事項を記入してください。					
	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 無・有 】		
12 熱性けいれん	無 ・ 有	【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回、座薬の指示: 無・有】				
13 その他【具体的に						
予 防 接 種	接種済み、あるいは未だに○をつけ、【 】には必要事項を記入してください。					
	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			
	13 インフルエンザ 済【 回最終接種日	年 月 日】	・未			
	氏 名	(続柄 )		氏 名	(続柄 )	
緊急時連絡先	- -		緊急時連絡先	- -		
保 護 者	勤 務 先	名称:		勤 務 先	名称:	
		電話: - -			電話: - -	

