

中川村 病児・病後児保育利用登録申請書

(申請先)
中川村長様

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中川村および病児・病後児保育施設で共有することを承諾します。

登録 児 童	(ふりがな) 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 録 児 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 録 児 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□ (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 ()				
	(情報収集可の場合→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 防 接 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 護 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:
		電話: - -			電話: - -