

病児保育利用登録申請書

令和 年 月 日

有田市長 様

病児保育の利用について、利用案内を十分理解し、書かれた内容に同意した上で、次のとおり登録を申請します。

申請者(保護者) 住 所

《署名》 氏 名

登録児童	かな		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日(歳)
	氏名			愛称	
	住所	〒		電話番号	
				通園施設等	
連絡先	氏名	続柄	携帯番号	勤務先	
				Tel	
				Tel	
予防接種歴	※ 接種済みのものに○をつけてください。				
	・ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)		・BCG		
	・小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)		・みずぼうそう (1回目・2回目)		
	・四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)		・おたふくかぜ (1回目・2回目)		
	三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)		・B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)		
	不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)		・日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期)		
	生ポリオ (1回目・2回目)		・ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)		
	・麻疹・風疹 (1期・2期)		・その他 ()		
既往歴	・ 感染症 突発性発疹 麻しん(はしか) 風しん みずぼうそう おたふくかぜ その他()				
	・ 過去に大きな病気・けが (なし・あり) 年 月頃 ()				
	・ ひきつけの有無 (なし・あり) ・ アレルギー体質の有無 (なし・あり)				
	◎過去 回 ◎最後の発作 年 月 ◎病名、アレルゲン(原因となるもの)、症状等				
	◎診断名 ◎薬剤アレルギーの有無 (なし・あり)				
◎けいれん止めの座薬名 ◎薬剤名					
◎使用方法					
成育歴	・出生 ()週 ()g		気になることや配慮して欲しいことがあれば記入してください。		
	・生まれつきの病気 (なし・あり)				
	◎病名				

[注意事項]

◎登録の際には、健康保険証・乳幼児医療費などの公費負担の受給者証の写しを添付してください。

◎内容に変更があった場合は、ご利用時にその旨お伝えください。

◎利用登録は毎年度更新が必要です。