

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

氷見市長 へ

保護者 住所
氏名
電話

病児・病後児保育事業の利用のため、次のとおり登録を申請します。

フリガナ 児童氏名	愛称		性別	生年月日
			男・女	年 月 日生 歳
通園中の 園名			電話	
かかりつけ 医			電話	
保護者	フリガナ	続柄	勤務先名	
	氏名		電話	
	携帯電話		勤務先からの所要時間	
保護者	フリガナ	続柄	勤務先名	
	氏名		電話	
	携帯電話		勤務先からの所要時間	
同居家族	氏名	続柄	学校・職場	連絡先
出生時の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
予防接種	（受けたものに☑をつける）		既往歴	
			（かかったものに☑をつける）	
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 川崎病		
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 心臓疾患		
<input type="checkbox"/> 4種混合	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 喘息		
<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> てんかん		
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん		
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> その他の疾患		
<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎	()		
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> ヘルニア 部位：		
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 脱臼 部位：		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> その他の大きなケガなど		
()	<input type="checkbox"/> その他の感染症	()		

※母子手帳の写しを添付してください。

アレルギーについて

食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他)
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	薬剤名 薬剤名
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	具体的に 具体的に
※アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(エピペン処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)

けいれんについて

今までに () 回程度	直近の発症	年	月	(歳	ヵ月)
坐薬の指示 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 薬剤名			発熱 () °Cで挿入	

その他に配慮が必要なことがあれば記入してください。