病児保育　登録申請書

ふくのたね保育園病児保育施設長　様

病児保育の利用につき、次のとおり申請します。
また、利用料、保育を規定において利用すること、提携先病院にて利用することに同意します。

ふりがな		生年月日	平成 令和　　年　　月　　日
児童氏名	男　女		
申請者(保護者)氏名			
自宅住所（〒　　－　　）		連絡先　　－　　－	
緊急連絡先	①　氏名　　（続柄　　）連絡先　　－　　－ 自宅・勤務先（　　）メール（　　）		
	②　氏名　　（続柄　　）連絡先　　－　　－ 自宅・勤務先（　　）メール（　　）		
	③　氏名　　（続柄　　）連絡先　　－　　－ 自宅・勤務先（　　）メール（　　）		
園（所）・小学校名			
かかりつけ医／担当医			
予防接種	a：B型肝炎（　　回接種）　b：ヒブ（　　回接種）　c：肺炎球菌（　　回接種）　d：BCG e：三種混合 □Ⅰ期（　　回接種）　□Ⅰ期追加　f：ポリオ（　　回接種） g：四種混合 □Ⅰ期（　　回接種）　□Ⅰ期追加　h：MR（麻疹・風疹）□Ⅰ期　□Ⅱ期 i：水痘（水ぼうそう）（　　回接種） j：日本脳炎 □Ⅰ期（　　回接種）　□Ⅰ期追加　□Ⅱ期 k：おたふくかぜ　l：ロタウイルス		

どんな病気にかかりましたか	はしか・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそう・喘息 その他
現在も治療・投薬を受けている病気はありますか	ない・ある（　　）
手術を受けたことがありますか	ない・ある（どんな　　歳頃）
ひきつけを起こしたことがありますか	ない・ある
薬を飲んで発疹が出たり，下痢をしたことがありますか	ない・ある（薬の名称　　）
アレルギーはありますか	ない・ある（　　）
その他伝達事項	

保育園使用欄

登録№：　　受付日：　　令和　　年　　月　　日	