

| | |
|------|--|
| 登録番号 | |
|------|--|

病児・病後児保育事業 登録申請書

年 月 日

甲田いづみこども園 園長 様

次のとおり、病児・病後児保育事業の利用登録を申請します。

| | |
|-----|----|
| 申請者 | 住所 |
| 氏名 | Ⓜ |
| 電話 | |

| | | | |
|-------------------------|--|------|-----|
| 登録児童 | ふりがな 氏名 (男・女) | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (年齢: 歳 ヶ月) | | |
| 在籍する 保育所、幼稚園 小学校等 | 施設・園・学校名 | | |
| 緊急時の 連絡先 | 優先① 氏名: | (続柄) | 電話: |
| | 優先② 氏名: | (続柄) | 電話: |
| 今までに かかった病気 | かかったものに○をつけてください。 1. 突発性発疹 2. 麻疹 3. 風疹 4. 水痘 5. おたふくかぜ 6. 結核 7. 熱性けいれん 8. 心臓病 9. 川崎病 10. アトピー性皮膚炎 11. ぜんそく 12. RSウイルス 13. その他大きな病気やけが (病名: いつ頃:) | | |
| 予防接種 | 受けたものに○をつけてください。 1. ヒブ 2. 肺炎球菌 3. ロタウイルス 4. 三種混合・四種混合 5. ポリオ 6. 日本脳炎 7. BCG 8. 麻疹・風疹混合 9. おたふくかぜ 10. 水痘 11. B型肝炎 | | |
| アレルギー (薬) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| アレルギー (食べ物) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※食事制限() | | |
| その他 | 預かる際に注意すべきことなど | | |