

# 病児保育登録申請書

平成 年 月 日 記入

申請者名

ふりがな				性別	愛称(普段の呼び方)		
児童氏名				男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)	
児童住所	〒 ( - )						
緊急連絡先	保護者 続柄 ( )	ふりがな					
		(氏名)			携帯番号: - -		
	勤務先名: (所属部署等)						
	勤務先電話番号: - -						
緊急連絡先	保護者 続柄 ( )	ふりがな					
		(氏名)			携帯番号: - -		
	勤務先名: (所属部署等)						
	勤務先電話番号: - -						
かかりつけ医							
学校・園名	<input type="checkbox"/> ( ) 保育園 <input type="checkbox"/> ( ) 幼稚園 <input type="checkbox"/> ( ) 小学校 ( ) 塾 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
兄弟姉妹	ふりがな	男・女	ふりがな	男・女			
	名前 ( ) 歳		名前 ( ) 歳				
	ふりがな	男・女	ふりがな	男・女			
	名前 ( ) 歳		名前 ( ) 歳				
出生時の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 体重 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 異常 無・有 ( )						
予防接種	ヒブ ( 1回 2回 3回 追加 )		肺炎球菌 ( 1回 2回 3回 追加 )		ロタ ( 1回 2回 3回 )		
	4種混合 ( 1回 2回 3回 追加 )		B型肝炎 ( 1回 2回 3回 )		BCG おたふくかぜ		
	麻疹風疹 (MR) ( 1期 2期 )		水痘 ( 1回 2回 )		日本脳炎 ( 1期1回 2回 追加 2期 )		
	ポリオ (経口 回) 注射 ( 回)		その他の接種 ( ) ( ) ( )				
病歴	突発性発疹 水ぼうそう おたふく はしか 風疹 熱性けいれん ( 回)						
	喘息 (継続治療中・悪化時治療のみ) その他 ( )						
常時服用している薬	なし・あり (名前・回数)						
除去食	なし・あり (具体的に:						
その他特記事項 (疾患・持病や体質、くせ等、配慮してほしいことがあれば具体的にご記入ください)							

診察券番号