

病児保育登録申請書

		記入日	令和	年	月	日
		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 令和	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:		- -		
	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()年生 <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()g <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