

病児病後児保育 登録申請書

清和まつば園 病児保育室 施設長 様

病児病後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				愛称			
児童氏名	男・女			生年月日	年	月	日生
申請者（保護者）氏名							
自宅住所（〒 - ）	電話 - -						
緊急連絡先	①氏名 (続柄) 電話（携帯） - -			自宅・勤務先 () ・メール ()			
	②氏名 (続柄) 電話（携帯） - -			自宅・勤務先 () ・メール ()			
	③氏名 (続柄) 電話（携帯） - -			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 <input type="checkbox"/> 1期 (回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 f: ポリオ (回接種) g: 四種混合 <input type="checkbox"/> 1期 (回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 h: M R (麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 i: 水痘 (水ぼうそう) (回接種) j: 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回 (回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2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						
現在も治療中・投薬を受けて病気はありますか	ある () ・ない						
手術は受けたことがありますか	ない・ある (どんな) ・ (歳の時)						
ひきつけを起こしたこと							
薬を飲んで発疹が出たり下痢をしたこと							
アレルギー							
その他伝達事項							

ここからは病児保育室使用欄

会員No.	受付日:
-------	------