

病後児保育登録申込書

年 月 日

美 浜 町 長 様

次のとおり、病後児保育室の利用について登録を申し込みます。

登録児童	氏名	フリガナ (愛称)	男・女	年 月 日生 (歳 か月)
	通園・通学先	歳児 年生		電話
保護者	父：氏名	勤務先	(電話)	
	母：氏名	勤務先	(電話)	
	住所	〒 美浜町	電 話	
緊急連絡先	①		続柄	(電話)
	②		続柄	(電話)
主治医連絡先	病院 医院	主治医	電話	
予防接種 (一回以上受けたものに ○をつけてください)	BCG・麻疹・風疹混合ワクチン・水ぼうそう(水痘)・ロタウイルス 日本脳炎・四種混合もしくは三種混合・Hib・小児用肺炎球菌 おたふくかぜ・インフルエンザ(最近 年 月接種)			
これまでにかかった 主な感染症又は 病気 (かかった病気に○を つけてください)	1 突発性発疹 2 麻疹 3 風疹 4 百日咳 5 おたふくかぜ 6 水ぼうそう 7 ジフテリア 8 B型肝炎 9 日本脳炎 10 熱性けいれん(回数 回)→最終(年 月 日)(座薬等指示 有・無) 11 アトピー性皮膚炎(治療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 食事療法) 12 喘息及び喘息様気管支炎(<input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時のみ治療) 13 その他()			
入院したこと	ない・ある (病名: 歳か月)(病名: 歳か月) (病名: 歳か月)(病名: 歳か月)			
常時服用している薬	ない・ある (具体的な内容:)			
食事制限 (主治医からの指示)	ない・ある (具体的な内容:)			
その他 (体質・心配事又は配慮 してほしいことなど)	○アレルギー 無・有() ○障 害 無・有()			
承諾欄	私は、保護者負担額審査のため、この事業に必要な範囲において担当職員が私の世帯の所得等に関する資料を閲覧及び確認することを <input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません 申請者 (保護者) ㊟			

登録年月日	年 月 日
利用料区分	徴収・免除

※太枠内は記入しないでください