

高砂市病児保育利用登録申請書

年 月 日

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____

(電話 _____ - _____)

次のとおり病児保育の利用登録を申請します。

なお、対象児童の健康状態、治療内容等について医師に問い合わせることについて同意します。

児童の氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (年 月 日生 歳 ヶ月)	申請者との続柄	
通所している保育所・学校等	保育所(園)・学校	年 組 (電話 _____ - _____)	
通院している医療機関	医療機関の名称 担当医師の氏名	(電話 _____ - _____)	
加入している健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他() 記号番号 保険者番号		
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 父の勤務先(会社名等) 電話 _____ - _____) <input type="checkbox"/> 母の勤務先(会社名等) 電話 _____ - _____) <input type="checkbox"/> その他(氏名 _____ 児童との続柄 _____ 電話 _____ - _____)		
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有(症状 _____) <input type="checkbox"/> 無		
既往症 (今までにかかった病気)に✓ をつけてください	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(リンゴ病) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 異形肺炎(マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(ミルク・卵・そば・小麦・大豆・米・その他 _____)		
予防接種 (今までに受けたものに✓をつ けてください)	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 四種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタワクチン <input type="checkbox"/> 二種混合(ジフテリア・破傷風)		
保育上注意してほしいこと			