

はいしゃさんの保育園 病児保育利用 事前登録申請書

西暦 年 月 日

医療法人けんこう会

はいしゃさんの保育園 施設長 宛

〒

申請者（保護者）

住所

氏名

④

(電話

)

次のとおり病児保育の利用登録を申請します。

対象者の氏名 (生年月日・年齢)	ふりがな (西暦 年 月 日生 歳 か月)	(男・女)	申請者 との続柄
在籍する保育所等	(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 _____		
緊急時の 連絡先 (3つまで) 勤務先の場合は会社名 の記載をお願いします	① 氏名 (会社名) 児童との関係	電話 ()	
	② 氏名 (会社名) 児童との関係	電話 ()	
	③ 氏名 (会社名) 児童との関係	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印をつけてください。)

- 突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風疹 (三日ばしか) 咽頭結膜炎 (プール熱)
 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 百日咳 手足口病 感染性紅班 (リング病)
 熱性ケイレン 川崎病 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) 結核 喘息 アトピー性皮膚炎
 とびひ 湿疹 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他)
 その他 ()

予防接種 (今までに受けたものに印をつけてください。)

- BCG (結核) ポリオ MR (麻しん・風しん混合) 麻しん (はしか) 風しん
 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合) 三種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風混合)
 水痘 (水ぼうそう) 二種混合 (ジフテリア・破傷風混合) 日本脳炎 小児肺炎球菌
 Hib B型肝炎 インフルエンザ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
 その他 ()

保育上注意してほしいこと