

年度 はいしゃさんの保育園 病児保育利用 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 _____ ⑩

(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