

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 _____ 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