

病児保育事業利用登録書

年 月 日

こども園おひさま 病児・病後児保育 担当者 様

申請者氏名（保護者）

住 所

電話番号（連絡がつかない番号）

ふりがな		かかりつけ 医療機関	名称：
児童氏名			担当医：
			住所：
生年月日	年 月 日生	所属	
性別	男 ・ 女		
年齢	歳 か月		
			_____ (保育所(園) ・ 幼稚園 ・ こども園) (小学校 ・ 家庭 ・ その他)

	氏名	続柄	勤務先・連絡先	電話番号		
緊急連絡先	①					
	②					
	③					
既往歴	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/>突発性発疹 <input type="checkbox"/>咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/>手足口病 <input type="checkbox"/>ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/>伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/>結核 <input type="checkbox"/>湿疹 <input type="checkbox"/>食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他） <input type="checkbox"/>その他（ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/>麻疹（はしか） <input type="checkbox"/>水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/>風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/>流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/>川崎病 <input type="checkbox"/>とびひ <input type="checkbox"/>熱性けいれん <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎) </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他） <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎)
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他） <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎)					
予防接種	<input type="checkbox"/> B.C.G（結核） <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> M.R（麻疹・風疹混合） <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> D.P.T（ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 2種混合（ジフテリア・破傷風） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他（					
アレルギーの有無	無 有 (症状)					

※この登録の有効期限は申請後初めて迎える3月31日までです。利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。