

(表)

年 月 日

関市長 様

〒 ー

申請者（保護者） 住 所 関市

氏 名

電話番号 ー ー

FAX 番号

関市病児・病後児保育事業利用登録申請書

関市病児・病後児保育事業を利用したいので、関市病児・病後児保育事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、市及び病児・病後児保育事業の受託者が下記記載の個人情報を共有すること並びに必要なに応じて児童の通園・通学先又は受診歴のある医療機関等に児童の情報を確認すること並びに市が下記記載事項について公簿等により確認することに同意します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	
児童氏名					
保 護 者	父	携帯電話	ー	ー	お子さんの愛称
	母	携帯電話	ー	ー	
	〒 ー 関市	自宅電話		ー	ー
連 絡 先	父の勤務先	電話番号		ー	ー
	母の勤務先	電話番号		ー	ー
先	緊急連絡先	氏名		児童との続柄	
		電話番号		ー	ー
利用料金区分	生活保護世帯・中国残留邦人支援給付受給世帯 非該当 ・ 該当				
通園・通学先					
1. _____保育所(園) _____幼稚園 _____小学校 _____年生					
2. 通園・通学はしていない 3. その他( _____ )					
かかりつけの医院・病院					
妊娠中の異常( なし ・ あり )					
出産時の異常( なし ・ あり )					
発達の異常 ( なし ・ あり )					
予 防 接 種	三・四種混合	未・済(1回・2回・3回・追加)			
	日本脳炎	未・1回・2回・追加	ポリオ	未・1回・2回	
	BCG	未・済	水ぼうそう	未・済	
	麻しん・風しん	未・済	小児用肺炎球菌	未・済	
	B型肝炎	未・済	その他	未・済	

(裏)

既往歴	1. 突発性発しん 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. 手足口病 6. おたふくかぜ 7. りんご病 8. 百日咳 9. 咽頭結膜炎 10. ヘルパンギーナ 11. 熱性けいれん 12. じんましん 13. 結核 14. ぜんそく 15. アトピー性皮膚炎 16. とびひ 17. てんかん 18. 心臓病 19. その他 ( )	
	今までの大きな病 気	
	熱性けいれん	ない・ある (初回 ( 歳 ヶ月) 最後 ( 歳 ヶ月) これまでに 回)
	ぜん息	ない・ある (薬を 毎日飲んでいる・発作時だけ飲んでいる・飲んでいない)
	ぜん息様気管支炎	ない・ある (吸入療法を 毎日している・発作時だけしている・していない)
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)
	入院したこと	ない・ある (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)
アレルギー	1. 薬アレルギー ない・ある (薬剤名 ) 症状: 2. 食物アレルギー ない・ある (食品名 ) 症状:	
常時服用している薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎等で、常時服用している薬があれば内服時間など具体的にお書きください。	
その他	体質やくせなど、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	