

様式第1号（第7条関係）

相生市病後児保育利用登録書

平成 年 月 日

（あて先）相生市長
（実施施設長）

〒
保護者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
(電話 -)

病後児保育事業を利用したいので、次のとおり利用登録を依頼します。

児童の氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (年 月 日生 歳 ヶ月)	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"/> 政管 <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	<input type="checkbox"/> 父の勤務先 (会社名等	電話	-)
	<input type="checkbox"/> 母の勤務先 (会社名等	電話	-)
	<input type="checkbox"/> その他 (氏名	児童との続柄	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。)			
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <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"/> 咽頭結膜炎 (プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性紅斑 (リンゴ病) <input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他) <input type="checkbox"/> 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。)			
<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"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> M. M. R (はしか、おたふく、三日ばしか、混合) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> D. P. T (百日咳、ジフテリア、破傷風、混合) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア、破傷風、混合) <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"/> その他 ()			
保育上注意してほしいこと			