

様式第1号（第7条関係）

病児保育事業利用登録申込書

令和 年 月 日

県北西部地域医療センター国保白鳥病院 院長 様

病児保育事業の利用のため、登録を申し込みます。

(ふりがな) 対象児氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳 箇月	
所属保育所又 は小学校名		組名又 は学年		愛称	
かかりつけ医					
保護者氏名		印	自宅電話 (携帯)		
保護者住所					
同居の 家族の 状況	氏 名	続柄	年齢	勤務先・学校名及び学年	連絡先

登録番号

●緊急連絡先（連絡可能な順番に、ご記入下さい。）		
①氏名	続柄	携帯番号
勤務先名		電話番号
②氏名	続柄	携帯番号
勤務先名		電話番号

●既往歴（今までにかかった病気に○を付けて下さい。）

1 突発性発疹 2 麻疹（はしか） 3 風疹（三日はしか） 4 水痘（みずぼうそう）

5 百日咳 6 おたふくかぜ（流行性耳下腺炎） 7 結核 8 川崎病

9 喘息 いつもの飲み薬 あり・なし

10 アトピー性皮膚炎 いつもの飲み薬 あり・なし

11 熱性けいれん（ひきつけ） 歳 か月頃

その他大きな手術等（ ）

●予防注射（今までに受けたものに○を付けて下さい。）

【定期接種】

1 B型肝炎（1回目・2回目・3回目）

2 ロタリックス（1回目・2回目） ロタテック（1回目・2回目・3回目）

3 ヒブ（1回目・2回目・3回目・4回目） 4 肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・4回目）

5 四種混合（1回目・2回目・3回目・1期追加） 6 BCG

7 水痘〈みずぼうそう〉（1期・2期） 8 麻疹・風疹〈MR〉（1回目・2回目）

9 日本脳炎（1回目・2回目・1期追加・2期）

10 三種混合（1回目・2回目・3回目・1期追加）

11 ポリオ 生（1回目・2回目） ポリオ 不活化（1回目・2回目・3回目・1期追加）

【任意接種】

1 おたふくかぜ〈流行性耳下腺炎〉

●食物アレルギー

1 たまご 2 牛乳 3 小麦 4 大豆 5 そば 6 えび 7 かに 8 ピーナッツ

その他（ ）

●その他 注意事項などがあればご記入下さい。