

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)<br>対象児氏名  |     | 男・女          | 生年月日 | 年 月 日<br>歳 箇月 |     |
| 所属保育所又<br>は小学校名  |     | 組名又<br>は学年   |      | 愛称            |     |
| かかりつけ医           |     |              |      |               |     |
| 保護者氏名            |     | 自宅電話<br>(携帯) |      |               |     |
| 保護者住所            |     |              |      |               |     |
| 同居の<br>家族の<br>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 肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・4回目）

4 五種混合（1回目・2回目・3回目・1期追加） 5 BCG

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

8 日本脳炎（1回目・2回目・1期追加・2期）

9 四種混合（1回目・2回目・3回目・1期追加）

10 ヒブ（1回目・2回目・3回目・4回目）

【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。

|  |
|--|
|  |
|--|