様式第１号

多可町長様

登録番号	

病児保育利用登録申請書

この利用登録申請書を実施施設で利用すること及び町が実施施設から利用状況（利用年月日及び病名）の報告を受けることに同意します。

年　月　日　記入

申請者名　　㊞

登録乳幼児	ふりがな		性　別	生　年　月　日	
	氏　名		男・女	Ｈ・Ｒ　年　月　日生（　歳）	
	自宅住所：（〒　） 電話：				
	かかりつけ医	（　）医院・病院・クリニック　（　）先生			
	通所施設名	（　）保育所（園）・幼稚園・こども園　（電話：　）			
	兄弟・姉妹	歳（男・女）　歳（男・女）　歳（男・女）　歳（男・女）			
保護者	氏　名	（　歳）続柄【　】	勤務先名	電話	
			携帯電話		
	氏　名	（　歳）続柄【　】	勤務先名	電話	
			携帯電話		
緊急時連絡先	第１連絡先	電話：　（対象児との続柄　）			
	第２連絡先	電話：　（対象児との続柄　）			
出生時の異常	なし・あり	発育・発達	特に気にならない・少し気になる・とても気になる・わからない		

予防接種	ヒブ	受けていない・受けた（初回：1回　2回　3回・追加）	BCG	受けていない・受けた
	肺炎球菌	受けていない・受けた（初回：1回　2回　3回・追加）	ポリオ	受けていない・受けた（1期：1回　2回　3回・追加）
	三種混合	受けていない・受けた（1期：1回　2回　3回・1期追加）		
	四種混合	受けていない・受けた（1期：1回　2回　3回・1期追加）		
	麻疹・風疹	１期：受けていない・受けた　２期：受けていない・受けた		
	日本脳炎	受けていない・受けた（1期：1回　2回　・１期追加）		
	水ぼうそう	受けていない・受けた（1回目　2回目）	その他	

これまでにかかった主な感染症や病気　―かかった病気に○をつけてください―

１．突発性発疹　２．麻疹　３．風疹　４．水ぼうそう　５．流行性耳下腺炎

６．熱性けいれん（回数　回）最終発作日（　年　月　日）座薬の指示（有・無）

７．アトピー性皮膚炎　８．喘息（継続治療中・悪化時治療のみ）　９．その他（　）

入院歴	なし・あり　（病名：　歳　ヵ月）（病名：　歳　ヵ月）		
常時服用している薬	なし・あり（内服　外用　座薬　吸入　点鼻　点耳　点眼　その他）（具体的に：　）		
アレルギー	なし・あり	食事制限	なし・あり（具体的に：　）
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど、心配なこと配慮してほしいことについてお書きください		