

三次市病児・病後児保育室利用登録申請書

年 月 日

三次市長 様

次のとおり、病児・病後児保育室（病後児保育室，病児・病後児保育室）の利用登録を申請します。

〒

住所

ふりがな
申請者

印

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

配偶者

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

児童名	ふりがな		愛称	生年月日	年 月 日 (歳)	
	男	女				
緊急時の連絡先	氏名	続柄	携帯・自宅TEL		勤務先	勤務先TEL
今までに かかった病気	かかったものに○をつけてください。 麻しん(はしか) 風しん(三日ばしか) 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん 心臓病 アトピー性皮膚炎 ぜんそく 上記のほか、今まで大きな病気にかかったことがありますか。 いいえ はい () 今、なにか病気で病院にかかっていますか。 いいえ はい 今、定期的に服用している薬がありますか。 いいえ はい ()					
予防接種	受けたものに○をつけてください。 BCG ポリオ 麻しん・風しん混合(1期・2期) 日本脳炎 2種混合・3種混合・4種混合(1期1回・2回・3回, 1期追加) ヒブ 肺炎球菌 水ぼうそう おたふくかぜ B型肝炎					
アレルギー	なし・あり () 食事制限 なし・あり ()					
その他	平熱 () °C 食欲 () 睡眠 () 便通 () くせ ()					
	(心配なことがあればご記入ください)					

様式第1号（第8条関係）

病児・病後児保育室利用歴	病名・病状
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	
年 月 日～ 年 月 日	