

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)

配偶者 _____

個人番号																				
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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 今、なにか病気で病院にかかっていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 今、定期的に服用している薬がありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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) 3種混合・4種混合(1期1回・2回・3回, 1期追加) 日本脳炎 ヒブ 肺炎球菌 水ぼうそう おたふくかぜ				
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	