

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・病後児保育室の利用登録を申請します。

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
申請者 \_\_\_\_\_

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	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。 麻疹(はしか) 風疹(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○及び回数をつけてください ヒブ(初回 回・追加)・肺炎球菌(初回 回・追加)・B型肝炎( 回) ロタウイルス(ロタリックス 回・ロタテック 回)・麻疹風疹( 回) 三種または四種混合ワクチン(初回 回・追加)水ぼうそう( 回) おたふく・BCG・日本脳炎(初回 回・追加)・二種混合					
アレルギー	なし・あり( ) 食事制限 なし・あり( )					
その他	平熱( )℃ 食欲( ) 睡眠( ) 便秘( ) 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	