

※町及び実施施設使用欄
登録番号:

飯島町病児保育利用登録申請書

平成 年 月 日

(申請先) 飯島町長

申請者 住所

氏名

印

病児保育を利用したいので、以下のとおり登録申請します。

なお、記入した個人情報飯島町及び実施施設で共有することを承諾します。

登 録	(ふりがな) 氏名		愛称	通園・通学先		
	生年月日	平成 年 月 日生(歳)		名称:	電話: - -	
	住所	〒				
児 童	かかりつけの医療機関 名称:			電話:	- -	
	定期通院の疾患:	なし ・ ある (病名:)				
	入院の経験:	なし ・ ある (入院時の年齢 歳、病名:)				
	出産時の異常:	なし ・ ある ()				
	常時内服のお薬:	なし ・ ある (お薬の名前:)				
既 往 歴	アレルギー有無:	なし ・ ある アトピー□				
		食物:牛乳□、卵□、小麦□、大豆□、そば□ (その他□:) □に✓を入れる				
予 防 接 種	★今までにかかった病気の番号に○をつけ、【 】に必要事項を記入して下さい。					
	1	突発性発疹	2	水痘 (みずぼうそう)	3	麻疹 (はしか)
	4	風疹 (三日ばしか)	5	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		
	6	咽頭結膜熱 (プール熱)	7	ヘルパンギーナ	8	手足口病
	9	喘息				
	10	アトピー性皮膚炎	11	川崎病【心臓合併症 なし・ある】		
	12	熱性けいれん【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回、 座薬の指示:なし・ある】				
	13	その他【具体的に				】
	★接種済み、あるいは未だに○をつけ、【 】に必要事項を記入して下さい。					
	1	BCG	済・未	2	ポリオ	済【 回】・未
	3	三種混合	済【 回】・未	4	四種混合	済【 回】・未
	5	ヒブ	済・未	6	小児肺炎球菌	済【 回】・未
	7	麻疹・風疹	済【 回】・未	8	日本脳炎	済【 回】・未
9	ロタ	済・未	10	水痘	済【 回】・未	
11	おたふく	済【 回】・未	12	B型肝炎	済【 回】・未	
13	インフルエンザ 済【 回最終接種日平成 年 月 日】・未					
保 護 者	氏名	(続柄)	氏名	(続柄)		
	緊急時連絡先	- -	緊急時連絡先	- -		
	勤務先	名称:	勤務先	名称:		
	電話先	電話: - -	電話先	電話: - -		