

病後児保育登録申込書

(宛先) 佐 渡 市 長

年 月 日

病後児保育室の利用の登録を申し込みます。

利用する 病後児保育室		☐ 金井病後児保育室		☐ 両津病後児保育室	
登 録 児 童	(フリガナ) 氏 名	()	性別	生 年 月 日	
	通園・通学校名	保育園・幼稚園・小学校	男・女	年 月 日 (歳 ヶ月)	
			お子さん の 愛称等		
保 護 者	父:氏 名		勤務先	(電話)	
	母:氏 名		勤務先	(電話)	
	住 所		電話		
緊急連絡先		①電話 — —	連絡先名:	続柄:	
		②電話 — —	連絡先名:	続柄:	
かかりつけ医		病院・医院 (医師) 電話 — —			
予防接種 (受けたものに○をつ けてください)		BCG ・ 三種混合 (回) ・ MR1期 ・ MR2期 はしか(麻疹) ・ 風疹 ・ ポリオ ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう 日本脳炎 ・ 四種混合 (回) ・ Hib ・ 小児用肺炎球菌 インフルエンザ(最近 年 月接種)			
これまでにかかった 主な感染症又は病 気 (かかった病気に○ をつけてください)		1 突発性発疹 2 はしか(麻疹) 3 風疹 4 百日咳 5 おたふくかぜ 6 水ぼうそう 7 ジフテリア 8 B型肝炎 9 日本脳炎 10 熱性けいれん(回数 回) 最後はいつ?(年 月 日)(座薬指示 有・無) 11 アトピー性皮膚炎(治療は ☐ 内服薬 ☐ 軟膏 ☐ 食事療法) 12 喘息および喘息様気管支炎(☐ 継続治療中 ☐ 悪化時治療のみ) 13 その他 ()			
入院したこと		ない・ある(病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)			
常時服用している薬		ない・ある (具体的な内容:)			
食事制限 (主治医からの指示)		ない・ある (具体的な内容:)			
その他 (体質、心配事又は配慮し てほしいことなど)					
承 諾 欄 (被保護世帯の方の みご記入ください。)		保護者負担額審査のため、担当職員が私の世帯の生活保護法に係る公的扶助の受給に関する資料を閲覧及び確認することを ☐ 承諾します ☐ 承諾しません 申請者(保護者) ㊞			

(以下は記入の必要はありません)

受付日	・	・	負担金	徴収・免除		
-----	---	---	-----	-------	--	--