

病児・病後児保育 情報提供書

(利用者)

ふりがな

児童氏名

(申請者)

住所

氏名

電話番号

(- -)

印

下記のとおり、平成()年度の病児保育事業への登録を申し込みします。(年度更新)

	氏 名	続柄	生年月日	就労(勤務先・勤務時間等)等
世帯状況			S/H 年 月 日	
			S/H 年 月 日	
			S/H 年 月 日	
			S/H 年 月 日	
			S/H 年 月 日	
			S/H 年 月 日	
			S/H 年 月 日	
緊急連絡先	①		電話番号	
	②		電話番号	
被保険者証	社保 ・ 国保 ・ その他		記号	番号
要望欄	体質(薬物アレルギー等)、偏食、くせ等心配なことや配慮して欲しいことがあれば具体的にお書きください。 () 既往歴：これまでかかった病気に○印をおつけください。 水痘・おたふく・はしか・風疹・百日咳・熱性けいれん(初回 歳 ヲ月/最終 歳 ヲ月/計 回) (その他)			
予防接種の状況	下記の中でこれまでに行った予防接種にレ点をおつけください。 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MRワクチン(麻疹風疹混合) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(年 月接種) <input type="checkbox"/> その他()			