

阿賀町病後児保育登録申請書

阿賀町長様

年 月 日

阿賀町病後児保育の登録を申し込みます。

登 録	(フリガナ)	()	性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
児 童	通園・通学校名	保育園 (歳児) 小学校 (年生)	お子さんの 愛 称	
保 護 者	住 所			
	父 氏 名	勤務先名	電話 ()	
	母 氏 名	勤務先名	電話 ()	
緊急連絡先		①電話 — — 連絡先名： 児童との続柄 ()		
		②電話 — — 連絡先名： 児童との続柄 ()		
かかりつけ医	病院 ・ 医院 (医師) 所在市町村名【 】 電話 — —			
予防接種 (受けたものに○を付けてください)	1 四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) _____回 ・ 2 BCG 3 MR(麻疹・風疹)1期 ・ 4 MR(麻疹・風疹)2期 ・ 5 日本脳炎 _____回 ・ 6 ヒブ _____回 7 小児肺炎球菌 _____回 ・ 8 水痘 _____回 ・ 9 B型肝炎 _____回 ・ 10 おたふくかぜ その他()			
これまでにかかった 主な感染症や病気 (かかった病気に○を付けてください)	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)最後の発症日(年 月 日)(座薬指示 有・無) 11 アトピー性皮膚炎(治療は <input type="checkbox"/> 内服液 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 食事療法) 12 喘息および喘息様気管支炎(<input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ) 13 その他()			
入院したこと	ない ・ ある (病名： _____歳 _____ヶ月の時) (病名： _____歳 _____ヶ月の時) (病名： _____歳 _____ヶ月の時)			
常時服用している薬	ない ・ ある (具体的： _____)			
アレルギー	ない ・ ある (具体的： _____)			
食事制限	ない ・ ある (牛乳・卵・大豆・鶏肉・そば・小麦・その他 (_____))			
その他 (体質、心配事や配慮 してほしいことなど)				
確認欄	保護者費用負担について公的扶助の受給による免除 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			

(以下は記入の必要はありません)

受付日	・	・	利用料	徴収 ・ 免除	保護者区分	在住 ・ 在勤
-----	---	---	-----	---------	-------	---------