

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。

登録児童	(フリガナ) 氏名	()		性別	男・女
	通園・通学校名	保育園(歳児) 小学校(年生)	生年月日	年月日	
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() 所在市町村名【 】電話 — —				
	医師				
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()				
	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 □内服液 □軟膏 □食事療法) 12 哮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	ヶ月の時)
	(病名:)			歳	ヶ月の時)
(病名:)					
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
-----	---	---	-----	----	---	----	-------	----	---	----