

## 病児保育 登録申請書

さくら保育園病児保育施設長 様

病児保育の利用につき、次のとおり申請します。また、利用料、保育を規定において利用すること、提携先病院にて利用することに同意します。

ふりがな		愛称	
児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日生
申請者（保護者）氏名			
自宅住所（〒 - ）	電話 - -		
緊急連絡先	①氏名 (続柄) 電話(携帯) - - 自宅・勤務先 ( ) ・メール ( )		
	②氏名 (続柄) 電話(携帯) - - 自宅・勤務先 ( ) ・メール ( )		
	③氏名 (続柄) 電話(携帯) - - 自宅・勤務先 ( ) ・メール ( )		
園（所）・小学校名			
かかりつけ医/担当医			
予防接種	a: B型肝炎 ( 回接種)    b: ヒブ ( 回接種)    c: 肺炎球菌 ( 回接種)    d: BCG e: 三種混合 <input type="checkbox"/> 1期 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加    f: ポリオ ( 回接種) g: 四種混合 <input type="checkbox"/> 1期 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加    h: M R (麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 i: 水痘(水ぼうそう) ( 回接種) j: 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期 k: おたふくかぜ    l: ロタウイルス		
どんな病気にかかりましたか	はしか・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそう・喘息 その他		
現在も治療中・投薬を受けている病気はありますか	ある ( ) ・ない		
手術は受けたことがありますか	ない・ある (どんな 歳の時)		
ひきつけを起こしたこと			
薬を飲んで発疹が出たり下痢をしたこと			
アレルギー			
その他伝達事項			

ここからはさくら保育園使用欄

会員No.	受付日：
-------	------