

登録番号	
------	--

美濃市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

美濃市長 様

申請者（保護者等） 干 一

住所
氏名 印
電話

美濃市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。
なお、記入した個人情報、美濃市と病児・病後児保育実施施設で共有すること及び病児・病後児保育実施施設が必要に応じて通園、通学先や受診された医療機関等に児童の情報を確認することに同意します。

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日	
児童氏名				(歳 か月)	
家族氏名	(年齢)	続柄	勤務先・保育園・小学校名		
	()				
	()				
	()				
	()				
	()				
利用料金区分	生活保護受給 非該当 ・ 該当				
通園・通学施設等					
1. _____ 保育園・幼稚園・小学校 _____ クラス・ ____ 年 ____ 組					
2. その他 ()					
3. 通園・通学していない。					
予防接種	四種混合 (三種混合+ポリオ)	未・済 (1回・2回・3回・4回)			
	ヒブ	未・済 (1回・2回・3回・4回)			
	小児用肺炎球菌	未・済 (1回・2回・3回・4回)			
	麻しん風しん混合	未・済 (1回・2回)	BCG	未・済	
	はしか	未・済	風疹	未・済	
	みずぼうそう	未・済 (1回・2回)	おたふくかぜ	未・済	
	日本脳炎	未・1回・2回・3回	インフルエンザ	未・済	
既往歴	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. みずぼうそう 5. おたふく風邪 6. 手足口病 7. りんご病 8. 百日咳 9. 咽頭結膜炎 10. ヘルパンギーナ 11. 熱性けいれん 12. じんましん 13. 結核 14. 喘息 15. アトピー性皮膚炎 16. とびひ 17. てんかん 18. 心臓病 19. その他 ()				

詳細	熱性けいれん	初回（ 歳 か月）最後（ 歳 か月） これまでに____回 （処置法）座薬 有 ・ 無
	喘息	毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時のみ
	喘息様気管支炎	毎日 吸引療法している・いない・発作時のみ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）
	その他の病気・障がい	
	入院歴	なし・あり （病名： 歳 か月） （病名： 歳 か月） （病名： 歳 か月）
アレルギー	<p>（○で囲んでください。） 無 ・ 有 （具体的に）</p> <p>※保育する上での注意事項があれば記入してください。</p>	
常時内服している薬	<p>喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的にお書きください。</p>	
お預かりする際の注意事項	<p>保育する上での注意事項があれば記入してください。</p>	