

御浜町病後児保育利用登録申請書

年 月 日

御浜町長 様

申請者（保護者） 住所 _____

氏名 _____

（電話： _____ ）

次のとおり病後児保育の利用登録を申請します。

児童の氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (年 月 日生 歳 ヶ月)	申請者 との続柄	
在籍する保育所等	電話		
保護者の勤務先 (町外在住の保護者のみ)	名称	所在地	
かかりつけ医療機関	名称	主治医	電話
緊急時の連絡先	1	(児童との関係： _____)	電話 _____
	2	(児童との関係： _____)	電話 _____
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状 _____)		
<p>●既往歴（今までにかった病気に印をつけてください。）</p> <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> リンゴ病 <input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> しっしん <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
<p>●予防接種（今までに受けたものに印をつけてください。）</p> <input type="checkbox"/> B.C.G（結核） <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> M.M.R（はしか、おたふく、三日ばしか、混合） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> D.P.T（百日咳、ジフテリア、破傷風、混合） <input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア、破傷風、混合） <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
<p>保育上注意してほしいこと（食物アレルギー、薬物アレルギー、くせなど）</p> 			

※児童の健康保険証の写しを添付してください。