

病児保育室利用登録申込書

年 月 日

白河市長

申請者 住 所
(保護者)
氏 名

㊟

病児保育室の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

ふりがな		性 別	生年月日	年 齢
児童氏名		男・女	年 月 日	歳 箇月
保育・就学状況	在 籍 施 設 名			そ の 他
緊急連絡先	氏 名		続柄	携帯電話
	勤務先			勤務先電話
	氏 名		続柄	携帯電話
	勤務先			勤務先電話
かかりつけ医	医療機関名、医師名等 電話			
既往歴	・突発性発疹 ・水ぼうそう ・はしか ・風疹 ・おたふくかぜ ・手足口病 ・熱性けいれん ・ぜん息 ・アトピー性皮膚炎 ・突発性湿疹 ・その他 ()			
常時服用している薬	なし・あり 薬品名()			
アレルギー等食事制限	なし・あり 原因物質、食品名()			
予 防 接 種	・BCG(年 月 日) ・B型肝炎(年 月 日)(年 月 日)(年 月 日)			
	・Hib 初回(年 月 日)(年 月 日)(年 月 日) 追加(年 月 日)			
	・肺炎球菌 初回(年 月 日)(年 月 日)(年 月 日) 追加(年 月 日)			
	・ポリオ(生・不 年 月 日)(生・不 年 月 日)(生・不 年 月 日)(生・不 年 月 日)			
	・百日せき、ジフテリア、破傷風、(ポリオ)初回(年 月 日)(年 月 日)(年 月 日) 追加(年 月 日) ・ジフテリア、破傷風 2期(年 月 日)			
	・麻疹、風しん(年 月 日)(年 月 日) ・水痘(年 月 日)(年 月 日)			
	・日本脳炎 1期初回(年 月 日)(年 月 日) 1期追加(年 月 日)2期(年 月 日)			
	・ロタウイルス胃腸炎(年 月 日)(年 月 日)(年 月 日) ・おたふくかぜ(年 月 日)(年 月 日)			
障 害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 身体障害 (障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 知的障害 (療育手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 発達障害 (広汎性発達障害 <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> その他)		
同 意 事 項	1 本申込書の写しを病児保育事業実施施設に提供すること。 2 利用の際は、実施施設の指示を順守すること。 3 容体急変等緊急の場合には、緊急連絡先に連絡をするので、保護者で医師の診察を受けること。 4 実施施設は、細心の注意をもって保育を行うが、保育室内で乳幼児又は児童同士の感染が起こった場合は、当該施設は責任を負わないこと。			

世帯状況	① 生活保護世帯、市町村民税非課税世帯 ② その他の世帯 ※①に該当する場合は、次の同意欄に署名押印ください。
同意欄	※病児保育室の利用にあたり、使用料確認のため、私の世帯課税状況を調査することに同意します。 年 月 日 住所 保護者氏名 ㊟