

登録番号	
------	--

病児・病後児保育事業 登録申請書

年 月 日

甲田いづみこども園 園長 様

次のとおり、病児・病後児保育事業の利用登録を申請します。

申請者	住所
	氏名 (印)
	電話

登録児童	ふりがな 氏名 (男・女)		
生年月日	年 月 日 (年齢: 歳 ヶ月)		
在籍する 保育所、幼稚園 小学校等	施設・園・学校名		
緊急時の 連絡先	優先① 氏名:	(続柄)	電話:
	優先② 氏名:	(続柄)	電話:
今までに かかった病気	かかったものに○をつけてください。 1. 突発性発疹 2. 麻疹 3. 風疹 4. 水痘 5. おたふくかぜ 6. 結核 7. 熱性けいれん 8. 心臓病 9. 川崎病 10. アトピー性皮膚炎 11. ぜんそく 12. RSウイルス 13. その他大きな病気やけが (病名: いつ頃:)		
予防接種	受けたものに○をつけてください。 1. ヒブ 2. 肺炎球菌 3. ロタウイルス 4. 三種混合・四種混合 5. ポリオ 6. 日本脳炎 7. BCG 8. 麻疹・風疹混合 9. おたふくかぜ 10. 水痘 11. B型肝炎		
アレルギー (薬)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
アレルギー (食べ物)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※食事制限()		
その他	預かる際に注意すべきことなど		