

病児・病後児保育事業利用登録申込書

令和 年 月 日

事業実施者 様

申請者（保護者）住所

氏名

⑩

電話

森町病児・病後児保育事業の広域利用に関する実施要綱第5条の規定により、保育について利用の登録をしたいので申し込みます。

児童記録	フリガナ 児童氏名	性別	生年月日	
		男・女	年 月 日	
	通園施設名	(町・市)		
	かかりつけ医	無・有 ()		
家族構成	フリガナ 氏名	続柄	連絡先 1	連絡先 2
出生時の異常		無・有		
入院したこと		無・有	病名 病名	歳 か月 歳 か月
常時内服している薬		無・有	内服薬の 名前 回数	
常時使用している 軟こう・吸入薬		無・有	外用薬の 名前 回数	
熱性けいれん		無・有	直近の発症日 (年 月 日) 座薬の指示 無・有 (°C以上)	

(裏)

病 気 の 記 録	年 齢	は し か	水 ぼう そう	お た ふ く か ぜ	風 し ん								
	0 歳												
	1 歳												
	2 歳												
	3 歳												
	4 歳												
	5 歳												
	6 歳												

予 防 接 種 の 記 録	年 齢	B C G	四 種 混 合	M R (麻 し ん ・ 風 し ん)	小 児 用 肺 炎 球 菌	日 本 脳 炎	水 痘	ヒ ブ	B 型 肝 炎	お た ふ く か ぜ	イ ン フ ル エ ン ザ	ロ タ		
	0 歳													
	1 歳													
	2 歳													
	3 歳													
	4 歳													
	5 歳													
	6 歳													

体質上、気になることなど	じんましん、アレルギーなど
--------------	---------------