

診察券番号:

病児保育登録申請書 ( 高砂 ・ 加古川 ・ )

フリガナ				愛称	兄弟関係	
お名前	男・女				第 子	
生年月日	年 月 日生まれ ( 歳 ヲ月)					
自宅住所						
電話番号						
通園通学施設名	小学校 ・ 幼稚園 ・ 保育園 ・ こども園 年 組					
家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名、電話番号		職種
				(電話)		
				(電話)		
	兄弟	名前: 才(男・女)		名前: 才(男・女)		
	名前: 才(男・女)		名前: 才(男・女)			
予防接種 (済のものに○印)	ロタ : ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 )					
	B型肝炎 : ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 )					
	ヒブ : ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 )					
	小児用肺炎球菌 : ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 )					
	BCG : ( 受けた ・ 受けていない )					
	不活化ポリオ : 就学前追加					
	3種混合 : 就学前追加					
	4種混合 / 5種混合 : 1期 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ) ・ 1期追加					
	MR(麻しん風しん混合) : ( 1期 ・ 2期 )					
	水痘 : ( 1回 ・ 2回 )					
	おたふくかぜ : ( 1回 ・ 2回 )					
日本脳炎 : 1期 ( 1回 ・ 2回 ) ・ 1期追加						
今までにかかった 病気(○印)	麻しん ・ 風しん ・ 水痘 ・ おたふくかぜ 熱性けいれん 今までに 回 初回( 歳 ヲ月) 最後( 歳 ヲ月) その他けいれん(病名: ) その他 :					
入院歴	なし あり 病名 いつ頃					

上記のとおり病児保育利用登録を申請します。  
 なお、利用期間中は施設の指示に従うことと、申請書が市に提出されることに了承します。

年 月 日

保護者名