

朝日町長

殿

申請者（保護者）住所
氏名

朝日町病児・病後児保育事業利用登録申請書

朝日町病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、朝日町病児・病後児保育事業の利用の登録を受けたいので申請します。

			登録番号	
利用児童	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所 電話番号	〒 ()	保育所等又は小学校名	
主治医		電話番号		
家族の状況	続柄	氏名	緊急連絡先	勤務先等（電話番号）
	父			
	母			
	その他同居者	続柄（ ）	続柄（ ）	
既往歴（今までにかかった病気の該当する番号に○印を付し、[]内の事項について該当があれば必要事項を記入する）				
1	突発性発疹	12	喘息・喘息様気管支炎〔薬の服用 毎日・不調時に〕	
2	麻疹（はしか）	13	アトピー性皮膚炎	
3	水痘（水ぼうそう）	14	川崎病〔心臓合併症 有 ・ 無〕	
4	風しん（三日ばしか）	15	熱性けいれん〔最近 月 日 ・ これまで 回〕	
5	おたふくかぜ		〔座薬等の指示 有 ・ 無〕	
6	百日咳			
7	ヘルパンギーナ	16	てんかん〔座薬等の指示 有 ・ 無〕	
8	肺炎	17	食物アレルギー〔牛乳 卵 牛肉 鳥肉 そば 落花生	
9	とびひ		大豆 小麦 その他	
10	[A B C] 肝炎（キャリア含）		18 その他〔具体的に： 〕	
11	咽頭結膜炎（プール熱）			
予防接種	これまでに受けた予防接種に○印を記入			
	1 四種混合	6 おたふくかぜ	11 インフルエンザ菌b型（HiB）	
	2 BCG	7 B型肝炎（HBV）	12 その他（ ）	
	3 麻疹・風疹（MR）	8 ロタ		
	4 日本脳炎	9 小児肺炎球菌		
	5 水ぼうそう	10 インフルエンザ		
入院歴			常時内服薬	
病名（ ） 病院名（ ）（ ）歳			処方病院名	
病名（ ） 病院名（ ）（ ）歳			（ ）	
乳児期の発達	首のすわり（ ）か月） おすわり（ ）か月） 一人歩き（ ）か月） 栄養法（母乳 ・ 混合 ・ 人工）			