

病児・病後児保育事業利用登録申請書

都城市長 宛て

都城市病児・病後児保育事業の利用登録のため次のとおり申請します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
対象児童氏名			年 齢	歳 か月
通所保育所等名	保育所(園)・幼稚園・小学校			
かかりつけ医療機関名	施設名	担当医師	電話	—
ふりがな	本人との続柄 ( )			
保護者氏名			電話	— (自宅・勤務先)
			携帯	— —
	(※本人署名の場合、押印は不要)			
保護者住所	市・郡		町・丁目	
緊急連絡先	氏名	電話	—	(自宅・勤務先)
		続柄 ( )	携帯	— —
緊急連絡先	氏名	電話	—	(自宅・勤務先)
		続柄 ( )	携帯	— —
既往症 (いままでかかった病気すべてに○をつけてください。)				
1 突発性発疹    2 麻疹(はしか)    3 水痘(水ぼうそう)    4 風疹(三日ばしか) 5 因頭結膜熱(プール熱)    6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)    7 ヘルパンギーナ 8 百日咳    9 手足口病    10 感染性紅斑(リンゴ病)    11 川崎病 12 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)    13 結核    14 とびひ    15 湿疹				
熱性けいれん	初回 歳 か月 最後は 歳 か月(これまでに__回)			
喘息	毎日薬を 飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ (○で囲む)			
喘息様気管支炎	毎日吸入療法を している・していない・発作時だけ(○で囲む)			
アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は 内服薬・食事療法)			
その他の病気 (具体的に)				
入院したこと	ない・ある(病名	歳	か月	病院名
	(病名	歳	か月	病院名
	(病名	歳	か月	病院名
アレルギー体質の有無	無・有 (詳細に )			