

リッツさくら病児保育室 登録申請書

20 年 月 日

次のとおり、病児保育の利用登録を申請します。また、市から利用状況（利用年月日、病名）の問い合わせがあった場合は、申請内容を報告することに同意します。

申請者(保護者) 住所 _____

氏名 _____ ④

連絡先 () _____

登録児童	ふりがな 氏名 (男・女)		
生年月日	20 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		
かかりつけの 医療機関	医療機関名: 担当医: 電 話: - -		
緊急時の 連絡先	優先①氏名: (続柄:)	連絡先: - -	
	優先②氏名: (続柄:)	連絡先: - -	
今までに かかった病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他大きな病気やけが (病名: いつ頃:)		
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタウィルス <input type="checkbox"/> 三種混合 (回) <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> 五種混合 (回) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルギー	<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		