

姫路市病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

（宛先）姫路市長

申請者 住所

（保護者）氏名

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を申請します。

| | | | | |
|--|---|--|--------|------------------|
| 利用児童の氏名 | フリガナ (男・女) | | 生年月日 | H R 年 月 日 |
| 在籍する保育所等 | | | | |
| 通院している医療機関 | (電話 -) | | | |
| 加入している健康保険 | 保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 () 記号番号 保険者番号 | | | |
| 緊急時の連絡先 (緊急時に1から順に連絡します。) | 氏 名 | | 児童との続柄 | 電話番号(勤務先の場合は会社名) |
| | 1 | | | () |
| | 2 | | | () |
| | 3 | | | () |
| アレルギーの有 無 | <input type="checkbox"/> 有(症状) <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 既往症(今までにかかった病気に印をつけてください。) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性紅斑(リンゴ病) <input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 予防接種(今までに受けたものに印をつけてください。) | | | | |
| <input type="checkbox"/> BCG(結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん混合) <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合) <input type="checkbox"/> 三種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風混合) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 二種混合(ジフテリア・破傷風混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 保育上注意してほしいこと | | | | |