

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

（宛先）南砺市長

申請者
（保護者） 住所
氏名
電話

病児・病後児保育事業の利用のため、次のとおり登録を申請します。

ふりがな		愛称	性別	生年月日(年齢)
児童氏名			男 女	年 月 日 (歳 か月)
通園中 の園名		かかりつけ医		健康 保険証 記号： 番号： 保険者番号：

父	氏名	(歳)	携帯電話	
	勤務先		勤務先電話	
母	氏名	(歳)	携帯電話	
	勤務先		勤務先電話	
同居家族	続柄	氏名	学校・職場	連絡先

出生時の状況 ☐ 正常 ☐ 異常(例：早期産○週等)			
予防接種 (受けたものに☑をつける)		既往症 (かかったものに☑をつける)	
BCG ☐	☐ 麻疹(はしか)	☐ 川崎病	
日本脳炎 ☐ ☐ ☐	☐ 風疹(3日はしか)	☐ 心臓疾患()	
4種混合 ☐ ☐ ☐ ☐	☐ 百日咳	☐ 喘息	
MR ☐ ☐	☐ 水痘(水ぼうそう)	☐ アトピー性皮膚炎	
Hib(ヒブ) ☐ ☐ ☐ ☐	☐ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	☐ てんかん	
肺炎球菌 ☐ ☐ ☐ ☐	☐ 突発性発疹	☐ 熱性けいれん	
水痘 ☐ ☐	☐ 結核	☐ その他の疾患	
B型肝炎 ☐ ☐ ☐	☐ 咽頭結膜炎	()	
ロタウイルス ☐ ☐ ☐	☐ 手足口病	☐ ヘルニア(部位：)	
流行性耳下腺炎 ☐ ☐	☐ ヘルパンギーナ	☐ 脱臼(部位)	
その他	☐ 溶連菌感染症	☐ その他の大きなケガなど	
() ☐ ☐ ☐ ☐	☐ その他の感染症()	()	

アレルギーについて			
食物アレルギー ☐ 無 ☐ 有 (☐ 乳 ☐ 卵 ☐ 小麦 ☐ その他)			
薬物アレルギー ☐ 無 ☐ 有 (*薬剤名	*薬剤名		
その他 ☐ 無 ☐ 有 (*具体的に	*具体的に		
* アナフィラキシー ☐ 無 ☐ 有 (エピペン処方 ☐ 無 ☐ 有)			

けいれんについて			
今までに()回起こした	最終のけいれん	年 月 (歳 か月)	*発熱があれば()℃
坐薬の指示 ☐ 無 ☐ 有 (*薬剤名	*発熱()℃で挿入)		

配慮が必要なことがあれば記入してください
