

様式第1号（第5条関係）

高石市病児保育室使用登録申込書

年 月 日

高石市病児保育室指定管理者 宛

申請者（保護者）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

高石市病児保育室条例施行規則第5条の規定により、使用について次のとおり登録を申し込みます。

児童票

ふりがな	愛称	性別	生年月日
児童氏名		男 女	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
住所	電話番号		
保育所等名			
かかりつけ医			
緊急連絡先①	続柄	電話番号	
緊急連絡先②	続柄	電話番号	
緊急連絡先③	続柄	電話番号	

予 防 接 種 (受けたものに ○をつけて下さ い。)	ヒブ	1	2	3	追加
	小児用肺炎球菌	1	2	3	追加
	四種混合	1	2	3	追加
	BCG	1			
	麻しん風しん	1期	2期		
	水痘	1回	2回		
	日本脳炎	1	2	追加	
	B型肝炎	1	2	3	
	ロタウイルス	1	2	3	
	おたふく風邪	1	2		
	インフルエンザ				
これまでの病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹				
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん 初回 歳 ヶ月 ・ 最後 歳 ヶ月 (これまでに 回)				
	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー (詳細 )				
	<input type="checkbox"/> 病名 ( ) <input type="checkbox"/> 入院				
	<input type="checkbox"/> 病名 ( ) <input type="checkbox"/> 入院				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	除去食 (卵 牛乳 小麦 米 鯖 黒そば その他 )				
	摂取時の症状 ( )				
	受診医療機関 ( ) 医師から食事制限が出ている場合具体的にお書き下さい。				
※心配なことや配慮してほしいことについて、具体的にご記入下さい。					

※この児童票は、登録後病児保育室対象年齢終了時まで使用します。