

寝屋川市病児保育送迎事業事前登録申請書

年 月 日

病児保育施設
施設長 様

申込者(保護者) 氏 名
住 所

寝屋川市病児保育送迎事業の利用にあたり、次のとおり、事前登録します。

乳幼児・児童		(フリガナ) 氏 名 男・女	生年月日	年	月	日
			(歳 か月)			
緊急連絡先		連絡先 1	連絡先 2			
	氏 名					
	続 柄	父 ・ 母 ・ その他 ()	父 ・ 母 ・ その他 ()			
	勤 務 先					
	勤 務 先 電 話					
	携 帯 電 話					
在園名		電 話				
かかりつけ医		病院・医院 電 話				

※ 以下項目について、寝屋川市病児保育送迎事業を利用する病児保育施設に、利用登録等により既に同じ内容を報告している場合は、病児保育施設に同意のもと記入の省略を可とする。(記入を省略した場合は、項目右の☐をつけること。)

予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に ☑ と 【 】 内の回数に ○ を付けてください。			☐
	☐四種混合【1回 2回 3回】			
	☐五種混合【1回 2回 3回 4回】			
	☐麻疹風疹混合【1期 2期】			
	☐日本脳炎【1回 2回】			
	☐BCG			
	☐ヒブ【1回 2回 3回 4回】			
既 往 歴	これまでにかかった病気に ☑ と 【 】 内の内容にコメント及び ○ を付けてください。			☐
	☐突発性発疹症 ☐はしか ☐風疹 ☐水ぼうそう ☐おたふくかぜ			
	☐熱性けいれん【これまでに 回 ・ 最後は 年 月 日 ・ 座薬指示 有 ・ 無 】			
	☐喘息又は喘息性気管支炎【継続治療中 ・ 悪化時治療 】			
入 院	入院経験がある場合、具体的にお書きください。			☐
	【病名： 歳 か月】 【病名： 歳 か月】			
薬	常用している薬がある場合、具体的にお書きください。			☐
そ の 他	食事制限(食物アレルギー)がある場合、具体的にお書きください。			☐
	体質(薬物アレルギー等)や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			☐

※ 事前登録にあたっては、本書に加えて「寝屋川市病児保育送迎事業利用に関する同意書」を記入すること。