

登録番号	
------	--

病児保育事業利用登録申請書

沼田市長 様

年 月 日

申請者 氏 名

病児保育事業の登録をしたいので、沼田市病児保育事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

登録児童	ふりがな 児童氏名		愛称		性別		生 年 月 日				
					男・女		年 月 日 ( 歳 か月)				
	住 所		(〒 )				電話番号				
	児童の兄弟		歳	男・女	歳	男・女	歳	男・女	歳	男・女	
	通園・通学施設		市町村名			施設名			電話番号		
	かかりつけ医		医療機関名					( ) 先生			
保護者	氏 名		続柄	電話番号		勤 務 先		勤務先電話番号			
新生児期	出生時の異常	有 ・ 無		発育・発達	普通 ・ 少し遅れている ・ 分からない						
予防接種	該当するものを○で囲んでください。										
	ヒブ	1回・2回・3回・追加			肺炎球菌	1回・2回・3回・追加					
	四種混合	I期1回・2回・3回・I期追加			HBワクチン	1回・2回・3回					
	五種混合	I期1回・2回・3回・I期追加			日本脳炎	1回・2回・追加・2期					
	水ぼうそう	1回・2回			おたふくかぜ	1回・2回					
	BCG	受けた			ロタウイルス	1回・2回・3回					
	麻疹・風疹	1回・2回									
常時内服薬	無 ・ 有 (具体的に )										
入院歴	無 ・ 有 ( 歳 ヶ月頃 病名 )										
既往歴	該当するものに○										
	1 突発性けいれん	2 はしか	3 風疹	4 水ぼうそう	5 おたふくかぜ						
	6 熱性けいれん(初回	歳 ヶ月/最終	歳 ヶ月 / 回数	回)	( 座薬の指示 : あり ・ なし )						
	7 アトピー性皮膚炎	8 喘息・喘息様気管支炎(薬の服用 : 毎日 ・ 不調時のみ)									
	9 その他										
食事制限	無 ・ 有 (具体的に )										
その他 (体質やアレルギー、心配なこと、配慮してほしいこと等具体的にお書きください。)											

※市外在住で市内在勤の方は、就労証明書を添付してください。

※父母のどちらかの勤務先が利根保健生活協同組合系列の職場である。

該当 ・ 非該当