

※登録番号	—
-------	---

多古町病児保育施設利用登録申請書

年 月 日

多古町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

多古町病児保育施設の利用の登録を受けたいので、多古町病児保育施設の設置及び管理に関する条例施行規則第3条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな				性別	生年	年	月	日
児童氏名				男 女	月日	(歳	ヶ月)
同居親族等の状況	氏名	続柄	勤務・所属先名称等		緊急連絡先1：携帯電話番号等			
					緊急連絡先2：勤務先等電話番号等			
児童の所属	<input type="checkbox"/> 多古こども園 <input type="checkbox"/> 多古町内小学校 <input type="checkbox"/> その他 ()							
健康保険	保険者番号		記号			番号		
かかりつけの医院名								
これまでの病気	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		これまでに 回 初回 歳 ヵ月 / 直近 歳 ヵ月				
	ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 毎日飲んでいる		<input type="checkbox"/> 発作時だけ飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない		
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		(治療方法: <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法)				
	その他の病気 (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		「あり」の場合は、具体的に記載してください。				
	入院したこと (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		「あり」の場合は、具体的に記載してください。				
		【診断名】		(歳 ヵ月時)				
		治療内容等						

常時服用する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ぜんそく・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬がある場合には、具体的に記載してください。		
	アレルギー等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （原因物質） <small>※多古町内の方で「あり」の場合、こども園又は各小学校に提出されている「アレルギー疾患生活管理指導表」の写しの取得について</small> <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	
		アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ 年 月 歳時）
		食事の制限の必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		保育中に心配なこと、配慮してほしいことがある場合には、具体的に記載してください。	
予防接種時期等	接種したことがある場合は、「受けた」を選択し、直近の接種回数を記載してください。 病気にかかったことがある場合は、「かかったことがある」を選択し、直近のかかった時期を記載してください。		
	H i b (ヒブ)	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	四種混合	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	三種混合	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	ポリオ	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	B C G	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	MR (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)	
	水ぼうそう(水痘)	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)	
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 受けた(回)	
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)		

同 意 書	
利用登録の審査のため、私及び同一世帯に属するの者の住民登録の状況に係る公簿を閲覧することに同意します。 また、病児保育の利用に必要な情報を、国保多古中央病院に提供することに同意します。	
保護者氏名 _____	
（記名押印に代えて署名することができます。）	
公簿等により課税状況が確認できない場合には、証明する書類の提出をお願いします。	

※ 町外の方は、町内在勤が証明できるもの(社員証・健康保険証等)を持参ください。