

串本町病児病後児保育事業利用申請書

年 月 日

串本町長 あて

保護者住所

氏名

印

電話番号

病児病後児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

(フリガナ) 対象児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日(歳)
緊急連絡先	氏名	対象児童との続柄() ※必ず連絡がつくところを記入してください 電話番号	
	氏名	対象児童との続柄() ※必ず連絡がつくところを記入してください 電話番号	
利用期間	年 月 日～ 年 月 日(日間)		
利用時間	(午前・午後) 時 分～(午前・午後) 時 分		
かかりつけ医	医療機関名	医師名	
通園(所)名 通学校名			
病気の経過・症状	病名() 症状 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 発疹 その他() 薬の服用 あり ・ なし いつから通院していますか(年 月 日から)		
家庭での保育が困難な理由	(1) 勤務 (2) 傷病 (3) 事故 (4) 出産 (5) 冠婚葬祭 (6) その他()		

※ これまでに受けた予防接種の回数に○をつけてください。		
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型(H i b)	1回目・2回目・3回目・追加
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	ポリオ(経口・不活化) ※四種混合接種者は記入不要	1回目・2回目・3回目・追加
	三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	BCG	未・済
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	麻しん(はしか)・風しん	1期・2期
	おたふくかぜ	1回目・2回目
	水痘(水ぼうそう)	1回目・2回目
	日本脳炎	1期(1回目・2回目・追加)・2期
	その他()	
	既往歴	突発性発疹 麻しん(はしか) 風しん 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ その他()
過去に大きな病気・けがをしたことがある	年 月頃(傷病名:)	
○ひきつけの有無 (有・無) ・過去 回 ・最後の発作 年 月 ・診断名 ・けいれん止めの座薬名 ・使用方法(熱が何度になったら使用、使用量など)	○アレルギー体質の有無 (有・無) ・アレルギーのある方は、病名、アレルゲン(原因となるもの)と症状を具体的に記入してください。 ・薬によるアレルギーがあれば記入してください。 (合わない薬) (使用できない薬品名)	
○その他(気になることや心配なことがあれば、記入してください。)		