様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

　病児・病後児保育事業利用登録申請書

都城市長　宛て

都城市病児・病後児保育事業の利用登録のため次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 　年　月　日 |
| 対象児童氏名 |  | 年　　齢 | 　歳 　ヶ月 |
| 通所保育所等名 | 　　　保育所(園)･幼稚園･小学校　 |
| かかりつけ医療機関名 | 施設名　　　　　　担当医師　　　　　電話　　－ |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　） |
| 保護者氏名 | 電話　　－　　(自宅･勤務先)　　　　　　 　　㊞　携帯　　－　　－　　　　　 |
| 保護者住所 | 　　　　　　市･郡　　　　町･丁目　　　　　　 |
| 緊急連絡先 | 氏名　 　 　　　　　　　　　電話 　 －　　 (自宅･勤務先)　　　続柄(　) 携帯　　－　　　－　　　 |
| 氏名　 　 　 　　　　　　　電話 　 －　　 (自宅･勤務先)　　　　　　　　　　　 続柄(　) 携帯　　－　　　－ |
| 既往症（いままでかかった病気すべてに○をつけてください。） |
| 1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風疹(三日ばしか)5 因頭結膜熱(プール熱) 6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7 ヘルパンギーナ8 百日咳 9 手足口病 10 感染性紅斑(リンゴ病) 11 川崎病12 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) 13 結核 14 とびひ 15 湿疹 |
| 熱性けいれん | 初回　　歳　ヶ月　最後は　歳　ヶ月(これまでに　　回) |
| 喘息喘息様気管支炎 | 毎日薬を　飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ（○で囲む）毎日日吸入療法を　している・していない・発作時だけ(○で囲む) |
| アトピー性皮膚炎 | ない・ある　（治療は　内服薬・食事療法） |
| その他の病気（具体的に） |  |
| 入院したこと | ない･ある(病名　 　　　　歳　ヶ月･病院名　　　　　　)　　　　 (病名　　 　　　歳　ヶ月･病院名　　　　　　)　　　　 (病名　 　　　　歳　ヶ月･病院名　　　　　　) |
| アレルギー体質の有無 | 無・有（詳細に　　　　　　　　　　　　　　　） |