

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)
			⑩ 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	毎日薬を 飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ (○で囲む)			
喘 息 様 気 管 支 炎	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)			