

様式第3号（第4条関係）

姫路市病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

（あて先）姫路市長

〒

申請者 住所
 （保護者） 氏名 (印)
 （電話 - ）

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を申請します。

児童の氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (年 月 日生 歳 か月)	申請者 との続柄	
在籍する保育所等	(電話 -)		
通院している医療機関	医療機関の名称	担当医師の氏名	(電話 -)
加入している 健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 () 記号番号 保険者番号		
緊急時の 連絡先	<input type="checkbox"/> 父の勤務先 (会社名等	電話	-)
	<input type="checkbox"/> 母の勤務先 (会社名等	電話	-)
	<input type="checkbox"/> その他 (氏名 児童との続柄	電話	-)
アレルギーの 有 無	<input type="checkbox"/> 有 (症状) <input type="checkbox"/> 無		
既往症 (今までにかかった病気に印をつけてください。)			
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 (プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性紅斑 (リンゴ病) <input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種 (今までに受けたものに印をつけてください。)			
<input type="checkbox"/> BCG (結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> MR (麻しん・風しん混合) <input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合) <input type="checkbox"/> 三種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風混合) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア・破傷風混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他 ()			
保育上注意してほしいこと			