

様式第1号（第9条関係）

令和8年度 病児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

保護者 住所

氏名

児童	ふりがな 氏名	愛称 (家庭での呼び名)	性別	生年月日
			男女	平成・令和 年 月 日 生歳児 年生
	自宅住所	(〒) 奥出雲町		
	自宅電話番号	() -	生活保護受給	無・有
	園・学校名	こども園 幼稚園 小学校		
	かかりつけ医療機関名	無・有 ()		

家族構成	続柄	氏名	年齢	緊急連絡先	
			歳	氏名 続柄()	
			歳	優先順位① 携帯番号 - -	
			歳	勤務先名 勤務先電話番号()	
			歳	氏名 続柄()	
			歳	優先順位② 携帯番号 - -	
			歳	勤務先名 勤務先電話番号()	

新生児期	出産時の異常 無・有 ()	出生時体重 () g
予防接種	1. BCG 受けていない・受けた	2. 四種混合 受けていない・受けた(回)
	3. HIB(ヒブ) 受けていない・受けた(回)	4. 肺炎球菌 受けていない・受けた(回)
	5. MR(麻疹・風しん混合) 受けていない・受けた(回)	6. B型肝炎 受けていない・受けた(回)
	7. ロタワクチン 受けていない・受けた(回)	8. 水ぼうそう 受けていない・受けた(回)
	9. おたふくかぜ 受けていない・受けた(回)	10. 日本脳炎 受けていない・受けた(回)
	11. その他接種したもの	

※裏面もご記入ください。

これまでにかかつた病気	1. 突発性発疹	2. はしか	3. 風疹	4. 水ぼうそう	
	5. おたふくかぜ	6. 食物アレルギー	7. アトピー性皮膚炎		
	8. 熱性けいれん(回) (最後はいつ年月日)・座薬の指示	有(°C以上)	無		
	9. 喘息および喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) (吸入したこと)	有	無		
	10. その他()				
	入院の経歴	なし・あり	(病名: _____歳ヶ月)	(病名: _____歳ヶ月)	
			(病名: _____歳ヶ月)	(病名: _____歳ヶ月)	
	常時内服している薬		なし・あり (内服薬の名前・回数)		
	常時使用している軟膏・吸入薬		なし・あり ()		
	除去食	なし・あり	具体的に:		
その他	・体質(薬物アレルギー等)やくせなど、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。				

※生活保護受給が「有」の場合は、証明書(写し)等の提出をお願いします。