

年 月 日

病児・病後児保育登録申請書

（あて先） 一宮市長

〒

保護者 住所 一宮市

氏名

電話 ー

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を申請します。  
登録内容について、病児・病後児保育実施施設で情報共有することに同意します。

フリガナ		男	年 月 日生
児童名		女	歳 ヶ月
所属園又は学校			
生活保護の有無	有 ・ 無		
緊急連絡先	名前〔 〕続柄〔 〕電話番号〔 〕		
	名前〔 〕続柄〔 〕電話番号〔 〕		

これまでに受けた予防接種、罹患した（病気にかかった）ものに○をつけてください。

	予防接種	罹患		罹患
Hib			熱性けいれん	
小児用肺炎球菌			喘息	
B型肝炎			川崎病	
ロタウイルス			心臓病	
四種混合（百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ）			てんかん	
BCG（結核）			突発性発しん	
麻しん・風しん（MR）混合			出産時の異常	
水ぼうそう			その他（ ）	
日本脳炎				
おたふくかぜ				
その他（ ）				

食物アレルギーはありますか。	いいえ・はい（ ）
薬物アレルギーはありますか。	いいえ・はい（ ）
その他のアレルギーはありますか。	いいえ・はい（ ）