

和泉市病児保育事業利用登録申込書

平成 年 月 日

和泉市長 あて

申込者名

印

和泉市病児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

保護者氏名	続柄	緊急連絡先
携帯電話		連絡先
携帯アドレス		電話
携帯電話		連絡先
携帯アドレス		電話

フリガナ お名前	男・女	愛称	きょうだい関係 第 子		
生年月日	平成 年 月 日生まれ ( 歳 カ月)				
自宅住所					
自宅電話番号	携帯電話				
通園・通学施設名					
家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・TEL	職種
				通園通学施設名	
				通園通学施設名	
緊急連絡先1	氏名	住所	電話		
緊急連絡先2	氏名	住所	電話		
予防接種 (済のものに○印)	ロタ:(1回・2回・3回) B型肝炎:(1回・2回・3回) ヒブ:(1回・2回・3回・4回)小児用肺炎球菌:(1回・2回・3回・4回) 3種混合:I期(1回・2回・3回)・I期追加 4種混合:I期(1回・2回・3回)・I期追加 生ポリオ:(1回・2回) 不活化ポリオ(1回・2回・3回・4回) BCG・MR(麻しん風しん混合):(1回・2回) おたふくかぜ(1回・2回)・水痘(1回・2回) 日本脳炎:I期(1回・2回)・I期追加・II期				
今までにかかった病 気に○印	突発性発疹・水痘(水ぼうそう)・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)・RS・溶連菌・インフルエンザ ・麻しん(はしか)・風しん(三日はしか)				
けいれん	無 有:初回( 歳 カ月) 最後( 歳 カ月) 発作時の対応( )				
アレルギー	無 有(卵・牛乳・小麦・大豆・その他 )				
入院歴	無 有 病名: いつ頃: 病院名:				
常時内服している薬	無 有 (具体的に記入して下さい。)				
かかりつけ医	病院名 電話番号				

※ 生活保護世帯及び市民税非課税世帯に属する利用者にあたっては、利用料の減免を受けることができます。

「非課税証明書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください。