

和泉市病児保育事業利用登録申込書

年 月 日

和 泉 市 長 あて

申込者名

(申込者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

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	連 絡 先
携帯電話		
携帯アドレス		電 話
携帯電話		
携帯アドレス		電 話

フリガナ			愛称		きょうだい関係	
お名前	男・女				第 子	
生年月日	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) 4種混合:I期(1回・2回・3回)・I期追加 5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。