

甘楽町病児・病後児保育事業利用登録申請書

甘楽町長 様

ふりがな			生 年 月 日		性 別	愛 称
氏 名			H・R 年 月 日 (満 歳 ヶ月)		男 ・ 女	
かかりつけ医	病 院 名		担当医師名		電話番号	
既 往 症 (これまでにかかった病気をすべてに○)	1. 突発性発疹 2. 麻疹 (はしか) 3. 水痘 (水ぼうそう) 4. 風疹 (三日はしか) 5. 咽頭結膜炎 (プール熱) 6. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 7. ヘルパンギーナ 8. 百日咳 9. 手足口病 10. 感染症紅斑 (リンゴ病) 11. 熱性けいれん 12. 川崎病 13. 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) 14. 結核 15. 喘息 16. アトピー性皮膚炎 17. とびひ 18. 湿疹 19. 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆) 20. その他 ()					
アレルギー 体質の有無	無 ・ 有 (詳細)					
児童に対する 留意点	1. 既往歴		無 ・ 有 ()			
	2. 出生時の異常		無 ・ 有 ()			
	3. その他					
保 護 者	児童との 続柄	ふりがな 氏名			連絡先	携帯
						自宅
	児童との 続柄	勤務先			電話番号	
		ふりがな 氏名			連絡先	携帯
						自宅
		勤務先			電話番号	

1. 緊急時には保育以外の診療や処置をする場合があります。
2. 緊急時の診療や処置には病児保育料のほかに費用が発生する場合があります。
3. お子さんの病状により病児保育の利用を継続する事が困難であると判断した場合は、保育を中止いたします。

上記の項目について同意し、申請いたします。

年 月 日

申請者署名