

様式第 1 号（第 1 0 条関係）

病児・病後児保育登録申請書

年 月 日

雲南市長 様

保護者 住 所
氏 名

雲南市病児・病後児保育の利用登録をしたいので、雲南市病児・病後児保育事業実施要綱第 1 0 条の規定により、次のとおり申し込みます。

児 童	ふりがな		男	生年月日	年	月	日
	氏名		女	() 歳 () 月			
	保育所・幼稚園・小学校名			お子さんの愛称 ()			
	かかりつけ医名						
	自宅住所 (〒)			健康保険証 (国保・健保・共済・その他) 記号番号 ()			
自宅電話			生活保護世帯 (該当・非該当)				
緊 急 連 絡 先	優先順位	続柄	氏名 ()	勤務先名 ()			
	①		携帯電話 ()	勤務先電話番号 ()			
	優先順位	続柄	氏名 ()	勤務先名 ()			
	②		携帯電話 ()	勤務先電話番号 ()			
	優先順位	続柄	氏名 ()	勤務先名 ()			
	③		携帯電話 ()	勤務先電話番号 ()			
周 産 期	妊娠中の異常 なし・ あり ()						
	出生時体重 () g						
	出産時週数 3 7 週未満 () 週 ・ 3 7 週～4 1 週 ・ 4 2 週以上						
	出産時の異常 なし・ あり ()						
予 防 接 種	接種済みのものに○印をつけてください。 ロタ (1 回・2 回・3 回) / 小児用肺炎球菌 (初回・追加) / B C G ヒブ (初回・追加) / 四種混合 (初回 1 回・2 回・3 回・追加) 五種混合 (初回 1 回・2 回・3 回・追加) / B 型肝炎 (1 回・2 回・3 回) 麻しん風しん混合 (1 期・2 期) / 水痘 (1 回・2 回) 日本脳炎 (初回 1 回・2 回・追加) / おたふくかぜ (1 回・2 回) その他接種したもの ()						
	感 染 症 歴	はしか		() 歳 () カ月	水ぼうそう () 歳 () カ月		
風しん		() 歳 () カ月	おたふくかぜ () 歳 () カ月				
突発性発疹		() 歳 () カ月	手足口病 () 歳 () カ月				
その他 (具体的に		()					

※裏面もご記入ください

こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん	初回（ ）歳（ ）カ月 最後は（ ）歳（ ）カ月 これまでに（ ）回 ・ なし
	喘息 喘息様気管支炎	薬を… 毎日飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時だけ 吸入療法… 毎日している・していない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬 ・ ぬり薬 ・ 食事療法 ）
	その他の病気 （具体的に）	
	入院	ない・ある（病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月）
常 時 内 服 し て い る 薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。（内服時間も）	
食 事	食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。	
そ の 他	体質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。	

雲南市長様 本用紙で病児・病後児保育登録を希望する児童について、利用時の病状の変化に対する措置として私及び代理の者が迎えに行く事ができない場合は、主治医への往診依頼を貴施設よりされる事、往診が不可能である場合は貴施設の判断する医療機関で受診する事、必要な経費等は保護者の負担とすることに同意します。 年 月 日 住 所 保護者氏名
--

令和4年度より押印不要になりました。