

利用申込書

加茂市・田上町消防衛生保育組合 管理者 様

令和 年 月 日

保護者 氏名

印

住所

電話番号 ()

加茂・田上病児保育園の利用にあたり、保護者負担額の審査のため、世帯の課税状況および公的扶助の受給に関する資料の閲覧、確認を行うことに同意し、申し込みます。

利用児童	ふりがな 氏 名	性別	生 年 月 日			
		男・女	年 月 日(歳 ヶ月)			
	住所(〒 -)※アパート等の場合は名称、号室まで記入		電話番号 ()			
かかりつけ医		所属園・校名				
緊急連絡先	ふりがな 氏 名	勤務先	勤務先電話 ()			
	続柄 ()		自宅電話 ()			
緊急連絡先	ふりがな 氏 名	勤務先	勤務先電話 ()			
	続柄 ()		自宅電話 ()			
○印と接種した回数をご記入ください。						
予防接種	1 BCG	2 三種混合 (回)	3 四種混合 (回)	4 HIV(ヒブ) (回)	5 肺炎球菌 (回)	6 麻しん・風疹 (回)
	7 B型肝炎 (回)	8 ロタウイルス (回)	9 ポリオ	10 水痘 (回)	11 おたふく (回)	12 日本脳炎 (回)
	13 その他、接種したもの()					
かかった病気が	1 突発性発疹	2 麻しん	3 風疹	4 水痘	5 おたふくかぜ	6 食物アレルギー
	7 熱性けいれん	回数(回) 最後はいつ(年 月 日)		坐薬指示 なし・あり(度 分以上)		
	8 アトピー性皮膚炎	治療していない・治療中		9 喘息	治療 あり・なし 吸入 あり・なし	
入院	入院したことが ない・あり	病名: 病名:	歳 か月 歳 か月			
常用している薬		ない・ある 具体的に:				
アレルギー		ない・あり 具体的に:				
その他		体質、脱臼、癬など心配なことや配慮してほしいことについて具体的にご記入ください。				

