

病児保育施設利用登録申請書

令和 年 月 日

南長野医療センター篠ノ井総合病院統括院長 様

申請者 住 所

氏 名

印

次のとおり病児保育施設の利用登録を申請いたします。

ふりがな			生 年 月 日	性 別	申請者との続柄
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		施設電話
既往症 (これまでに かかった病気 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	有(詳細)・無				
予防接種 (これまでに受 けたものすべ てに○)	1.B.C.G(結核) 2.ポリオ 3.麻疹(はしか) 4.日本脳炎 5.風疹(三日ばしか) 6.四種混合 7.水痘(水ぼうそう) 8.流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 9.インフルエンザ 10.その他()				
児童に対する 留意点	1.既 往 歴()				
	2.出産時の状況()				
	3.そ の 他()				
保 護 者	氏 名	父			自 宅 電 話 (携 帯 電 話)
		母			
	勤務先名 (緊急連絡先)	父			勤 務 先 電 話
		母			又 は 院 内 内 線
加入医療保険	記号	番 号	保 険 者 名		保 険 者 番 号
		(例) 123456	(例) 地方公務員共済組合		(例) 32450116