

別海町病児保育事業利用申込書

年 月 日記入

利 用 児 童	児童氏名（ふりがな）		愛 称	性別	生 年 月 日		
				男 女	年 月 日 (歳 ヲ月)		
	保護者氏名（ふりがな）		入所保育園等（平日に通っている保育園等）				
			保育園・幼稚園 (担当保育士：)				
	自宅住所（〒 - ）		父 携 帯： 母 携 帯： 自宅電話番号： F A X 番号：				
	健康保険番号	血液型	平熱	かかりつけ病院		父母以外の緊急連絡先	
		型 (R h)	℃	電話番号		氏名 続柄 電話番号	
	申込理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 []					

児童の健康と成育の様子

既往症	<input type="checkbox"/> はしか (歳) <input type="checkbox"/> おたふく (歳) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (歳) <input type="checkbox"/> 風疹 (歳) <input type="checkbox"/> その他 []		予 防 接 種	<input type="checkbox"/> B C G <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 (1・2) <input type="checkbox"/> おたふく (1・2) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (1・2) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・追加) <input type="checkbox"/> 四・五種混合 (1・2・3・追加)	
	健康診断	4ヵ月児健診		受診・未	健診で指導を受けた事柄があれば記入してください。
	1歳6ヵ月児健診	受診・未			
	3歳児健診	受診・未			
健康の様子	体 質 的 な も の			習 性	
	<input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 脱腸 <input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> しっしん <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 扁桃腺肥大 <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい			<input type="checkbox"/> 発音が不自由 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 頻尿	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食品のアレルギー 食品名： 症状： <input type="checkbox"/> 食事制限 ()				
	<input type="checkbox"/> 薬品のアレルギー 薬名： 症状： <input type="checkbox"/> その他のアレルギー ()				

治療中の病気や特に注意することはありますか。

事業者様

年 月 日

上記のとおり相違ありませんので、病児保育事業を利用したく申請します。
 また、この利用申込書を実施施設で使用すること及び町に対し、実施施設から利用年月日、病名その他の利用状況の報告をすることに同意します。

申込者 (保護者) 氏名

