

大阪市病児・病後児保育利用登録申請書

No. _____

年 月 日

| | | | |
|---|---------------------------------|-------------|-------|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | 愛称 |
| 児童氏名 | 男・女 | 年 月 日生 歳 か月 | |
| 通所施設 | 保育所(園) 組 (Tel _____) 幼稚園・小学校 | | |
| 通院病(医)院 | 病(医)院 担当医師 (Tel _____) | | |
| 健康保険証番号 | 記号 | 番号 | 保険者番号 |
| 保護者住所 | | | |
| ふりがな | | | |
| 保護者氏名 | (Tel _____) | | |
| 緊急連絡先 | (Tel _____) | | |
| | (Tel _____) | | |
| アレルギー等(当てはまる症状があれば、○をつけてください。) | | | |
| 1. 食物アレルギー (何: _____) 2. アトピー性皮膚炎 3. 気管支喘息 4. じんましん 5. 鼻炎 6. その他 (_____) | | | |
| 上記症状に関する配慮事項(医師からの指示、投薬など) | | | |
| 既往症(今までにかかった病気すべてに○をつけてください。) | | | |
| 1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風しん 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. 百日咳 8. 川崎病 9. 異型肺炎 10. マイコプラズマ感染症 11. RSウイルス感染症 12. 伝染性紅斑(リンゴ病) 13. 手足口病 14. 熱性けいれん 15. ヘルパンギーナ 16. とびひ 17. 湿疹 18. 結核 19. その他の大きな病気やけが (病名: _____ izzogoro: _____) | | | |
| 予防接種(これまでに受けたものすべてに○をつけてください。) | | | |
| 1. B. C. G. 2. MRワクチン 3. ポリオ不活性化ワクチン 4. 日本脳炎 5. 肺炎球菌 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. Hib 8. 三種混合 9. ポリオ生ワクチン 10. 四種混合 11. 水痘(水ぼうそう) 12. B型肝炎 13. その他(インフルエンザ・ ロタウイルス・ _____) | | | |
| その他、伝えておきたいこと、心配なこと: | | | |