

様式第1号（第6条関係）

病児・病後児保育利用登録申込書

宇陀市長様

年 月 日

宇陀市病児・病後児保育の利用の登録について、次のとおり申し込みます。

登録児童	(フリガナ) 氏名	( )	性別 男・女	生年月日 年 月 日 ( 歳 月)
	通園・通学校名	保育園・幼稚園・こども園・小学校	児童の愛称等	
保護者	父の氏名	Ⓜ	勤務先	(電話番号 )
	母の氏名	Ⓜ	勤務先	(電話番号 )
	住所	郵便番号	電話番号	
緊急連絡先	電話番号	連絡先名	続柄	
	電話番号	連絡先名	続柄	
かかりつけ医	病院・医院 ( 医師) 電話番号			
予防接種	・BCG ・ロタ ( 回) ・4種混合 ( 回) ・5種混合 ( 回) ・B型肝炎 ( 回) ・Hib (ヒブ) 感染症 ( 回) ・小児の肺炎球菌感染症 ( 回) ・MR1期 ・MR2期 ・日本脳炎1期 ( 回) ・日本脳炎2期 ・おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) ( 回) ・水痘 ( 回) ・その他予防接種を受けたもの ( )			
これまでにかかった主な感染症や病気	1 突発性発疹 2 はしか (麻しん) 3 風しん 4 百日せき 5 おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) 6 水痘 7 りんご病 8 熱性けいれん (回数 回 / 最近にかかった日 ( 年 月 日) / 座薬指示 有・無) 9 アトピー性皮膚炎 (治療は 内服薬・軟膏・食事療法) 10 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 11 その他 ( )			
入院歴	ある・ない (病名 歳 月) (病名 歳 月)			
常時服用している薬	ある・ない (具体的 )			
食事制限 (主治医からの指示)	ある・ない (具体的 )			
その他 (体質、心配事、配慮して欲しいこと等)				
(病児保育利用時用) 宇陀市立病院 患者番号				
病児保育利用当日、宇陀市立病院から内服指示が出た場合、病院近隣の薬局で調剤し、届けていただきますので、希望の調剤薬局をお選びください。				
調剤薬局	<input type="checkbox"/> につた薬局 <input type="checkbox"/> サン薬局 <input type="checkbox"/> たんぽぽ薬局 <input type="checkbox"/> くすのき薬局			

市記入欄

受付日	年 月 日	登録番号	
-----	-------	------	--