

別記様式第1号（第8条関係）

登録番号	
------	--

高山市病児保育事業利用登録申請書

年　月　日

(あて先)高山市長

申請者(保護者等)〒

住所

氏名

印

電話

高山市病児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。なお、記入した個人情報は、高山市と病児保育実施施設で共有すること及び病児保育実施施設が必要に応じて通園、通学先や受診された医療機関等に児童の情報を確認することに同意します。

フリガナ			男・女	生年月日	年　月　日
児童氏名					
家族氏名 (年齢)		続柄	勤務先・保育園・小学校名		
()					
()					
()					
()					
()					
児童数 (18歳未満の子どもの数)		人			
利用料金区分	多子世帯		非該当　・　該当		
通園・通学施設等					
1 保育園・幼稚園・小学校					
2 その他()					
3 通園・通学していない。					
予防接種					
ヒブ	1回 追加	2回	3回	B C G	済
小児肺炎球菌	1回 追加	2回	3回	MR (麻疹、風疹)	1期　2期
4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1回 追加	2回 2期	3回	日本脳炎	1回　2回　追加　2期
3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回 追加	2回 2期	3回	水痘	1回　2回
ポリオ (不活化4回・生2回)	1回 追加	2回	3回	B型肝炎	1回　2回　3回
ロタウイルス (ロタリックス 2回・ロタテック3回)	1回	2回	3回	おたふく	1回　2回

既往歴	1. はしか 5. 百日咳 9. 心臓病 10. その他 ()	2. 風疹 6. 結核 7. 喘息 8. てんかん	3. みずぼうそう 4. おたふく風邪
詳細	熱性けいれん	初回 (歳 か月) 最後 (歳 か月) これまでに 回	座薬の指示 有 ・ 無
	入院歴	なし・あり (病名 : (病名 : (病名 :	歳 か月) 歳 か月) 歳 か月)
アレルギー	(○で囲んでください。) 無 ・ 有	原因物質	食事制限の必要 あり ・ なし
慢性疾患と常時内服している薬、処置	常時内服している薬や吸入などの処置があればお書きください。		
お預かりする際の注意事項	持病、お子さんの特徴など配慮が必要なことがあれば記入してください。		