

第1号様式（第9条関係）

年 月 日

病児・病後児保育登録申請書

（あて先） 一宮市長

〒
 保護者 住所 一宮市
 氏名
 電話 ー

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を申請します。
 登録内容について、病児・病後児保育実施施設で情報共有することに同意します。

フリガナ		男・女	年 月 日生
児童名		女	歳 ヶ月
所属園又は学校			
生活保護の有無	有 ・ 無		
緊急連絡先	名前〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕		
	名前〔 〕 続柄〔 〕 電話番号〔 〕		
これまでに受けた予防接種、罹患した(病気にかかった)ものに○をつけてください。			
	予防接種	罹患	
BCG(結核)			熱性けいれん
はしか			喘息
水ぼうそう			川崎病
風しん			心臓病
おたふくかぜ			てんかん
ポリオ			突発性発しん
Hib			出産時の異常
小児用肺炎球菌			その他 ()
三種混合(百日咳、ジフテリア、破傷風)			
その他 ()			
食物アレルギーはありますか。		いいえ・はい ()	
薬物アレルギーはありますか。		いいえ・はい ()	
その他のアレルギーはありますか。		いいえ・はい ()	