

(あて先)
新宮市長

新宮市病児病後児保育施設の利用について、次のとおり登録申請します。

台帳登録番号（施設記入欄） _____ 申請者(保護者)名 _____

登録児童	ふりがな		男・女	お子さんの愛称	
	児童氏名				
	生年月日	平成・令和	年	月	日
通園(所)名・学校名		電話			
保護者	ふりがな		児童との続柄		
	保護者名			電話	
	住所	〒			
世帯状況	1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. ひとり親家庭医療費受給資格者証交付世帯 4. その他の世帯				
緊急連絡先	※緊急連絡先は、必ず連絡のつくところを記入してください。				
		氏名	続柄	携帯番号	勤務先等名称
	①				電話
	②				電話
	③				電話
健康保険証	記号	番号	保険者番号		
かかりつけ医療機関	①				電話
	②				電話
伝えておきたいこと	※気になること・心配なこと等、伝えておきたいことがあれば記入してください。				

<p>これまでに かかった 主な病気</p>	<p>※当てはまるものに○を付け、必要箇所への記入をお願いします。</p>		
	<p>1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 風疹 4 水痘(みずぼうそう) 5 おたふくかぜ 6 喘息・喘息様気管支炎 常用内服薬の有無 (あり ・ なし) 7 ひきつけの有無 (あり ・ なし) ○過去 回 ○最後の発作 年 月 ○診断名： ○けいれん止めの座薬名： ○使用方法(熱が何度になったら使用、使用量など) 熱が 度で使用 使用量 8 その他、定期的に通院している病気や常時内服している薬があれば記入してください。 ○病名： ○薬： ○内服時間：</p>		
<p>アレルギー</p>	<p>アレルギーの有無 (あり ・ なし) ○病名、アレルゲン(原因となるもの)、症状など具体的に記入してください。 病名： アレルゲン： 症状： ○薬剤アレルギーの有無 (あり ・ なし) 使用できない薬： 合わない薬：</p>		
<p>過去の大きな 病気や怪我</p>	<p>○傷病名： (年 月頃)</p>		
<p>入院歴</p>	<p>入院歴の有無 (あり ・ なし) 病名： 時期： 年 月入院 ～ 年 月退院</p>		
<p>食事面</p>	<p>1 母乳 2 ミルク 3 混合 4 離乳食 5 普通食 ※ミルクの場合 (量 CC) 苦手な食べ物 (あれば)：</p>		
<p>予防接種歴</p>	<p>※当てはまるところに○を付け、必要箇所への記入をお願いします。</p>		
<p>麻疹・風疹</p>	<p>未接種・1期・2期</p>	<p>水痘(みずぼうそう)</p>	<p>未接種・1回目・2回目</p>
<p>日本脳炎</p>	<p>未接種・1期(1回目・2回目・追加)・ 2期</p>	<p>B型肝炎</p>	<p>未接種・1回目・2回目・3回目</p>
<p>ヒブ</p>	<p>未接種・1回目・2回目・3回目・追加</p>	<p>4種または5種混合</p>	<p>未接種・1回目・2回目・3回目・追加</p>
<p>BCG</p>	<p>未接種・接種済み</p>	<p>おたふくかぜ</p>	<p>未接種・1回目・2回目</p>
<p>小児肺炎球菌</p>	<p>未接種・1回目・2回目・3回目・追加</p>	<p>ロタウイルス</p>	<p>未接種・1回目・2回目・3回目</p>
<p>その他：</p>			