

大阪市病児・病後児保育利用登録申請書

No. _____

令和 年 月 日

| | | | | |
|--|---------------------------------|-------------|----------------------|-------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 愛称 |
| 児童氏名 | | 男・女 | 平成 令和 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 | 枝番 | 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 | ① | (Tel _____) | | |
| | ② | (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. 麻しん(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: | | | | |