

病児保育利用登録申込書

更新・新規

年 月 日

診察券番号		性別	愛称	生年月日
フリガナ		男・女		年 月 日生
氏名				( 歳 力月)
園・学校名				
住所	〒			保育希望時間
				: ~ :
かかりつけ医	無・有			土曜日利用 (無・有)
緊急連絡先	フリガナ	続柄	携帯:	
	① 氏名		職場先:	職場TEL:
	フリガナ	続柄	携帯:	
	② 氏名		職場先:	職場TEL:
既往歴	今までにかかった病気に○をしてください 突発性発疹・水痘・おたふくかぜ・溶連菌感染症・その他( ) その他に罹った特別な病気 歳 病名 継続治療:無・有 内服薬: 歳 病名 継続治療:無・有 内服薬: 歳 病名 継続治療:無・有 内服薬:			
予防接種歴	接種したものに○をしてください ロタ・B型肝炎・ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合・三種混合・ポリオ(生・不活化) B.C.G・麻しん・風疹(MR)・水痘・おたふくかぜ・日本脳炎			
喘息について	無・有	継続治療 (無・有)	具体的に	薬(無・有)
		発作時対応 (無・有)	具体的に	薬(無・有)
けいれんの既往	無・有	初回: 年 月 日	最終: 年 月 日	合計: 回
食物アレルギー除去食	無・有	卵全除去	卵製品可	つなぎ製品可
		大豆全除去	大豆製品可	調味料可
アナフィラキシー症状	無・有	牛乳全除去	乳製品可	つなぎ製品可
		小麦全除去	小麦製品可	調味料可
		その他		
食事	ミルク :1回量 ml	時間ごと		
	離乳食: 初期・中期・後期	幼児食	学童食	持ち込み食
	離乳食でまだ与えていない食品で避けてほしい食品( )			
備考				

利用料減免を受けようとする場合のみ太枠線内も記入し、該当する項目に○をつけて、証明する書類を添付し、子育て支援課(ゆうゆうセンター2階)で承認印をもらってください。

下記の理由により交野市病児保育事業の令和 年 月から令和 年8月までの利用に係る利用料免除を申請します。 1、区分1(全額) 2、区分2(半額)	住所 交野市 名前 保護者 子ども	子育て支援課 印
--	-------------------------	----------

1年ごと(9月~翌8月)に登録用紙を更新させていただきます。  
 本紙の情報は交野市へ提供されることがあります。  
 病児保育の運用以外に使用することはありません。