

生駒市病後児保育事業利用登録書

年 月 日

生駒市長 様

申請者 住所

氏名

電話 ()

印

※末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないでください。

登録児童	ふりがな			男・女	生 年			年 月 日 生	
	児童の氏名			男・女	月 日	満 歳	月 日	日生	
	自宅住所	(〒 -)							
	児童の兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)			
	通園施設名	() 保育園・幼稚園・小学校				電話	()		
	医療機関名	※かかりつけ医 () 先生							
保護者	保護者名	続柄	(歳)		自宅電話				
		続柄	(歳)						
	勤務先名 (緊急連絡先)	続柄				勤務先電話 (緊急連絡時)			
		続柄							
加入医療保険 (保護者)	記号	番号	保険者名		保険者番号				
新生時期	出生時の異常 (有・無)		発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない					
予防接種	三種混合	受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加)							
	BCG	受けていない・受けた		ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)				
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた		風しん	受けていない・受けた				
	水ぼうそう	受けていない・受けた		おたふくかぜ	受けていない・受けた				
これまでにかかった主な感染症や病気 にかかった病気に○をつけてください									
1 突発性発疹 2 はしか 3 風しん 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 熱性けいれん(回数 回) (最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 7 アトピー性皮膚炎 8 喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9 その他()									
入院したこと	ない・ある (病名: 歳 ヶ月)								
	ない・ある (病名: 歳 ヶ月)								
常時服用している薬	ない・ある (具体的に)								
食 事 限 制	ない・ある (具体的に)								
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。								

利用料金	徴収・免除・減額	受付日	処理
------	----------	-----	----