

登録申請(提出)
する日付けを二重線
してください。

様式第1号(第5条関係)

松本市病児保育事業利用登録申請書

28年4月1日

(あて先) 松本市長

申請者(保護者)住所 松本市梓川梓00-0
氏名 病児太郎
電話 00-0000

病児

保護者の方なら
どなたでも
大丈夫です。

松本市病児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。
なお、記入した個人情報、松本市及び実施施設で共有することを承認します。

フリガナ	ビョウジ アスサ		男・女	生年月日	H26年5月1日 (1歳11カ月)
児童氏名	病児 梓				
保護者の 状況	氏名	続柄	緊急連絡先	勤務先	勤務先電話番号
	病児太郎	父	00-0000	(株)000	00-0000
	病児花子	母	000-0000-0000	00病院	00-0000
通園・通学施設等(該当番号に○をしてください。)					
① 保育園・幼稚園・認定こども園		施設名 000保育園			
② 小学校__年生		施設電話番号 00-0000			
③ その他					
④ 通園・通学はしていない					
かかりつけの 医療機関	医療機関名	000病院		電話番号	00-0000
	医師名	0000先生			
予防接種	(○で囲んでください。) 【定期】BCG/ポリオ(生①・②/不活化①・②・③・追加) 三種混合(初回①・②・③・追加) 四種混合(初回①・②・③・追加)/MR(麻しん・風しん)(①・②) ヒブ(初回①・②・③・追加)/肺炎球菌(初回①・②・③・追加) 水ぼうそう(①・②)/日本脳炎(初回①・②・追加・2期) 【任意】おたふくかぜ①・②/B型肝炎(初回①・②・③) その他()				
既往歴	(○で囲んでください。) 麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふく風邪・百日咳 熱性けいれん・てんかん・喘息・突発性発疹 その他かかりやすい病気()				
アレルギー	食事	無・有() 食事制限の程度()			
	薬	無・有()			
	環境	無・有(ダニ・ハウスダスト・動物・その他)			
常時内服して いる薬	喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間 など具体的にお書きください。				
保育する際の 注意事項	保育する上で配慮してほしいことを記入してください。				

かかりつけの
医療機関が
決まっていなくても
記入しなくても
大丈夫です。

該当欄に
○をつけてください。

アレルギーのある方は
二重線記入ください。

間違えて記入してしまったら二重線で消し印かたを押し
又はサイを書いて頂き、空いているスペースに正しく記入下さい。