

年 月 日

(あて先) 松本市長

申請者 (保護者) 住所
氏名
電話

印

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、記入した個人情報は、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				男・女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
児童氏名						
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	
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						
2 小学校 年生 施設電話番号						
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			電話番号		
	医師名					
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。					