

登録番号	-
------	---

受付日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 病児保育室・病後児保育利用登録申込書

国立病院機構福岡東医療センター院長 殿

申請者

登録児童	ふりがな	H・R 年 月 日生まれ		
	氏名	愛称	才 ヶ月	
	男・女			
	住所			
	電話番号	携帯番号		
	兄の兄弟・姉妹	才 (男・女)	才 (男・女)	才 (男・女)
	所属施設名 ( ) 保育園・幼稚園・小学校			
かかりつけ医 医療機関 ( ) 担当医 ( ) 先生				
保護者 連絡先	氏名: ( )	携帯など:		
	勤務先:	勤務先Tel:		
	氏名: ( )	携帯など:		
	勤務先:	勤務先Tel:		
予防接種	四(三)種混合 未接種・受けた (第1期1回・2回・3回・追加)			
	ヒブ 未接種・受けた (第1期1回・2回・3回・追加)			
	肺炎球菌 未接種・受けた (第1期1回・2回・3回・追加)			
	BCG 未接種・受けた	ロタ 未接種・受けた(1回・2回・3回)		
	M R 未接種・受けた	ポリオ 未接種・受けた(1回・2回・3回)		
	水ぼうそう 未接種・受けた	おたふくかぜ 未接種・受けた		
	麻疹 未接種・受けた	インフルエンザ 未接種・受けた		
	風疹 未接種・受けた	コロナウイルス 未接種・受けた		
	※MRを接種した場合、麻疹、風疹は「受けた」に○		※四種混合を接種した場合ポリオは「受けた」に○	
これまでにかかった主な感染症と病気 1. 突発性発疹    2. 麻疹    3. 風疹    4. 水ぼうそう    5. おたふくかぜ    6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん(回数: _____ 回)(最後はいつ: _____ 年 _____ 月 _____ 日)(座薬の指示: 有・無) 8. 喘息及び喘息性気管支炎(治療継続中・悪化時治療のみ) 9. その他*時期と病名を記入してください(例:9ヶ月 中耳炎) ( _____ )				
治療中の病気 医療機関名( _____ )担当医師名( _____ )				
アレルギー ない・ある ( _____ )				
常時服用している薬 ない・ある ( _____ )				
自宅での医療行為(在宅ケア) ( _____ )				
ご心配なことがあればご記入具体的に下さい				
世帯状況:    0. 生活保護世帯    1. 市町村民税非課税世帯    2. その他の世帯				