

東郷町長 様

保護者 住 所  
氏 名  
連絡先

東郷町病児及び病後児保育登録申請書

東郷町病児及び病後児保育を利用したいので、東郷町病児及び病後児保育の実施に関する規則第 8 条の規定により、登録を申請します。

なお、病児及び病後児保育の利用に際しては、実施施設の医師による診察を必要とすることを承諾し、緊急な場合で保護者との連絡が不能な場合は、入院などの判断を一任します。

(ふりがな) 児童氏名	男 女	生年月日 平成 年 月 日生 (満 歳)		
現在通っている保育所・学校等の名称		緊急連絡先 ① ----- ②		
登録期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
対象者の世帯状況 (登録児童以外を記入してください。)				
続柄	氏名	生年月日	性別	勤務先・勤務先の電話番号
		年 月 日		電話番号 -----
		年 月 日		電話番号 -----
		年 月 日		電話番号 -----
		年 月 日		電話番号 -----
		年 月 日		電話番号 -----
備考 (記入不要です。)				受付

これまでの病 気	けいれん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（発熱なし）：過去　　回		
	喘息 喘息様気管支炎	毎日薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 発熱時だけ 毎日吸入療法を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 発熱時だけ		
	アトピー性皮膚 炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある：治療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 食事療法		
	その他の病気			
	入院歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある：病名（　　）　　歳　　月 病名（　　）　　歳　　月 病名（　　）　　歳　　月		
かかり つけ医	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある （病名：　　）	医療機関名	主治医名	電話番号
常時内 服して いる薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれんなどで常時内服している薬があれば、具体的に記入してください。			
食事	食事制限の指示を主治医などから受けている場合は、具体的に記入してください。			
その他	体質（薬物アレルギーなど）や癖など、心配なこと、配慮してほしいことを具体的に記入してください			