

平成 25 年 4 月 1 日

東郷町長 様

保護者 住所 東郷町大字春木字羽根穴 1 番地
氏名 東郷 太郎
連絡先 0561-38-3111

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) とうごう はなこ 児童氏名 東郷花子	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 平成 22 年 3 月 3 日生 (満 3 歳)		
現在通っている保育所・学校等の名称 中部保育園	緊急連絡先 ① 090-1234-5678 (母の携帯) ② 080-1234-5678 (父の携帯)			
登録期間 平成 25 年 4 月 1 日から 平成 31 年 3 月 31 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
父	東郷 一郎	昭和 48 年 4 月 2 日	男	(株)東郷 電話番号 0561-38-0000
母	東郷 あやめ	昭和 50 年 5 月 2 日	女	(株)春木 電話番号 0561-39-0000
姉	東郷 愛	平成 19 年 6 月 2 日	女	中部保育園 (年長) 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

(裏面へ)

これまでの病 気	けいれん	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> 発熱時だけ 毎日吸入療法を <input type="checkbox"/> している <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ある：治療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法		
	その他の病気	特になし		
	入院歴	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある：病名（ 肺炎 ） 1 歳 6 月 病名（　　）　　歳　　月 病名（　　）　　歳　　月		
かかり つけ医	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある （病名： 気管支炎 ）	医療機関名 東郷診療所	主治医名 久保先生	電話番号 0561-39-0054
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。 特になし			
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。 そば禁止			
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 少し落ち着きがないので、配慮お願いします。			