

年 月 日

敦賀市病児・病後児保育利用申込書

敦賀市長 あて

〒

保護者住所

氏名

※自署してください

電話

児童との続柄

敦賀市病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。
なお、病児・病後児保育の利用に当たり、世帯の収入、課税状況並びに世帯員の状況等の必要事項について、公簿等により確認することを承諾します。

(○) を記入

1	ふりがな		男 女	生年 月日	年 月 日	第2子以降 (就学前)	
	児童氏名				歳 か月	ひとり親	
						多胎児第1子 (就学前)	
2	通園・通学先	保育園・幼稚園・小学校					
3	緊急 連絡先	氏 名	続柄	勤 務 先	電話番号		
4	看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他 ()					
5	利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
6	利用時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで					
7	予防接種情報	ヒブ(1・2・3・追)・肺炎球菌(1・2・3・追)・BCG 3種混合・ポリオ・4種混合(1・2・3・追)・麻疹・風疹(1・2) 水痘(1・2)・日本脳炎(1・2・追)・B型肝炎(1・2・3) おたふくかぜ(1・2)・ロタウイルス(1・2・3) インフルエンザ(年 月接種 月接種)・その他()					
8	既往歴	麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・熱性けいれん・喘息 突発性発疹・B型肝炎・その他()					
9	アレルギー	無・有 食物：卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他() 薬(薬名：)					
10	児童の状況等で特に伝えておきたいこと。						

*注1 この申込書に医療機関の発行する「診療情報提供書」を必ず添付してください。
2 ご利用の際は必ず母子手帳及び薬剤情報提供書をご持参ください。