

玉野市病児保育事業

受付番号

- 登録申込書
 利用申込書

令和 年 月 日

玉野市長 様

申請者 (申込者) 住 所 _____
 氏名(保護者) _____ (続柄) _____
 緊急連絡先 ☎ _____

ふりがな	生年月日	年齢	性別	体重	家での呼び方
児童氏名	平成・令和 年 月 日	才	男・女	kg	
	所属 保育園 幼稚園 小学校名	連絡先 ☎			

利用期間	お迎え				
令和 年 月 日から 月 日まで	時間	:	頃	人	母・父・祖母・祖父・その他()

病名	受診医療機関名
発病年月日 令和 年 月 日	受診日 令和 年 月 日
病状(経過を含む)	看護できない理由 勤務の都合 その他()
	食事 食事アレルギー 有 ・ 無
薬 無 ・ 有	主食 ごはん ・ おにぎり ・ うどん
名称	ミルク 1回 () cc () 時間おきに () 回 離乳食 前期・中期・後期 ペースト・キザミ・ひと口
飲み方	排泄 □ トイレで排泄 □ 紙パンツ着用 □ 昼寝時、紙パンツ着用 □ その他() その他
	□ 水に溶かしてスポイトで □ 水に溶かしてスプーンで □ 水に溶かしてコップで □ そのまま口に入れて水で飲む □ その他()

以下は、登録申請の際に、ご記入ください。

世帯状況				今までにかかった病気	
続柄	氏名	生年月日	勤務先及び電話番号	突発性湿疹 ・ はしか ・ 百日咳 ・ 水痘 ・ 風しん おたふくかぜ ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 ・ 中耳炎 ・ 気管支炎 肺炎 ・ ひきつけ(才 か月)	
父	ふりがな	S・H	勤務先	入院するような病気	
			TEL		
母	ふりがな	S・H	勤務先	今までに受けた予防接種	
			TEL		
	ふりがな	S・H	勤務先	混合(4種 ・ 3種 ・ 2種) ・ ポリオ MR(麻しん・風しん) ・ 風しん ・ BCG 水痘 ・ おたふくかぜ ・ ロタ ・ ヒブ ・ 肺炎球菌 日本脳炎 ・ 肝炎(A型 ・ B型) その他()	
	ふりがな	S・H	勤務先		
			TEL		

認定欄(記入不要です)

生活保護	市民税非課税	確認日	利用料	登録番号
該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当	/	円	