

交野病院病児保育室利用登録申込書

更新 ・ 新規

年 月 日

診察券番号		性別	愛称	生年月日
フリガナ		男・女		平成 年 月 日生
氏名				(歳 力月)
園・学校名	保育園・保育所・幼稚園・幼稚園・小学校			
住所	〒			保育希望時間
				: ~ :
かかりつけ医	無・有			土曜日利用 (無 ・ 有)
緊急連絡先	フリガナ	続柄	携帯:	
	① 氏名		職場先:	職場TEL:
	フリガナ	続柄	携帯:	
	② 氏名		職場先:	職場TEL:
既往歴	今までにかかった病気に○をしてください			
	突発性発疹・水痘・おたふくかぜ・溶連菌感染症・その他()			
	その他に罹った特別な病気			
	歳	病名	継続治療: 無・有	内服薬:
歳	病名	継続治療: 無・有	内服薬:	
歳	病名	継続治療: 無・有	内服薬:	
予防接種歴	接種したものに○をしてください			
	ロタ・B型肝炎・ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合・三種混合・ポリオ(生・不活化) B.C.G・麻しん・風疹(MR)・水痘・おたふくかぜ・日本脳炎			
喘息について	無・有	継続治療 (無・有)	具体的に	薬(無・有)
		発作時対応 (無・有)	具体的に	薬(無・有)
けいれんの既往	無・有	初回: 年 月 日	最終: 年 月 日	合計: 回
		けいれん時対応:		座薬: 使用・不要
食物アレルギー除去食	無・有	卵全除去	卵製品可	つなぎ製品可
		大豆全除去	大豆製品可	調味料可
		牛乳全除去	乳製品可	つなぎ製品可
		小麦全除去	小麦製品可	調味料可
		その他		
アナフィラキシー症状	無・有	いつ: 年 月 日	エピペン所持: 無・有	
		アナフィラキシー時対応:		
食事	ミルク	:1回量 ml	時間ごと	
	離乳食	: 初期・中期・後期	幼児食	学童食 持ち込み食
	離乳食でまだ与えていない食品で避けてほしい食品()			
備考				

利用料減免を受けようとする場合のみ太枠線内も記入し、該当する項目に○をつけて、証明する書類を添付し、子育て支援課(ゆうゆうセンター2階)で承認印をもらってください。

<p>下記の理由により交野市病児保育事業の平成 年 月から平成 年6月までの利用に係る利用料免除を申請します。資格の確認にあたり、私の世帯にかかる市民税額を課税台帳等で確認することについて同意いたします。</p> <p>1、生活保護受給世帯(生活保護受給者証等の写しを添付)</p> <p>2、交野市市民税非課税世帯(父母及び同居祖父母の課税証明書を添付)</p> <p>住所 交野市</p> <p>名前 保護者</p> <p>子ども</p>	子育て支援課 印
---	----------

1年ごと(7月～翌6月)に登録用紙を更新させていただきます
本紙の情報は交野市へ提供されることがあります。
病児保育の運用以外に使用することはありません。