

No.1 訪問型病児病後児保育 利用申込書

特定非営利活動法人にんにん 様

訪問型病児病後児保育の利用につき、次のとおり申請します。また、利用料、保育を規定において利用すること、提携先病院にて利用することに同意します。

ふりがな		愛称	
児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日生

申請者（保護者）氏名	
------------	--

月会費なし 1時間¥1,500    月会費¥2,000 1時間¥850    月会費¥3,000 1時間¥500    ベビーシッターのみ利用  
減免利用（高知市在住の方のみ）→高知市病児保育事業への届け出必要    (申請済み    未申請)

自宅住所（〒 - ）	電話 -
------------	------

緊急連絡先	①氏名 (続柄) 電話(携帯) - - 自宅・勤務先電話 ( ) ・メール ( )
	②氏名 (続柄) 電話(携帯) - - 自宅・勤務先電話 ( ) ・メール ( )
	③氏名 (続柄) 電話(携帯) - - 自宅・勤務先電話 ( ) ・メール ( )

園(所)・小学校名	
-----------	--

かかりつけ医/担当医	
------------	--

予防接種	a: B型肝炎 ( 回接種)    b: ヒブ ( 回接種)    c: 肺炎球菌 ( 回接種)    d: BCG e: 三種混合 <input type="checkbox"/> 1期 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加    f: ポリオ ( 回接種) g: 四種混合 <input type="checkbox"/> 1期 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加    h: MR(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期    i: 水痘(水ぼうそう) ( 回接種) j: 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期    k: おたふくかぜ    l: ロタウイルス
------	--

どんな病気にかかりましたか	はしか・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそう・喘息 その他
---------------	-------------------------------

現在も治療中・投薬を受けている病気 はありますか	ある ( ) ・ない
-----------------------------	------------

手術は受けたことがありますか	ない・ある (どんな 歳の時)
----------------	-----------------

ひきつけを起こしたこと	
-------------	--

薬を飲んで発心が出たり下痢をしたこと	
--------------------	--

アレルギー	
-------	--

その他伝達事項	
---------	--

ここからは病児保育室使用欄

会員No.	受付日:
-------	------

備考	
----	--