

年 月 日

(あて先)松本市長

申請者(保護者)郵便番号 〒
住所

氏名
電話番号

松本市病児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

なお、記入した個人情報、松本市及び実施施設で共有することを承認します。

ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
児童氏名						
保護者の 状況	氏名	続柄	緊急連絡先	勤務先	勤務先電話番号	
通園・通学施設等						
施設名 _____ 施設電話番号 _____						
(該当番号に○をしてください。)						
1 保育園・幼稚園・認定こども園 2 認可外保育施設 3 小学校(3年生まで利用可)						
4 通園・通学はしていない 5 その他						
かかりつけの医 療機関	医療機関名			電話番号		
	医師名					
予防接種	(○で囲んでください。) Hib(未・①・②・③・追加) 肺炎球菌(未・①・②・③・追加) B型肝炎(未・①・②・③) 四種混合(未・①・②・③・追加) BCG(未・①) MR(未・①・②)			水痘(未・①・②) 日本脳炎(未・①・②・③・追加) ロタウイルス ロタリックス(未・①・②) ロタテック(未・①・②・③) その他()		
既往歴	(○で囲んでください。) 麻疹・風しん・水ぼうそう・おたふく風邪・百日咳・てんかん 喘息・突発性発疹・熱性けいれん(最後__歳の時、__℃で起こした) その他かかりやすい病気()					
アレルギー	食事 無・有() 食事制限の程度() 薬 無・有 薬名() 環境 無・有(ダニ・ハウスダスト・動物・その他) アルコール手指消毒 無・有					
常時内服して いる薬	喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的にお書きください。					
保育する際の 注意事項	保育する上で配慮してほしいことを記入してください。 通所している施設における個別対応の 無・有					