

登

登録日：令和 年 月 日 [ 新規 ・ 更新 ]

診察券番号：

## 令和 年度 病児保育室 登録申請書

氏名(ふりがな)	平成・令和 年 月 日生	男 女	通園・通学先 平成・令和 年 月 日～
	歳 カ月		施設名
住所 〒 - 市・町	電話番号		

続柄	保護者氏名	連絡先	勤務形態
	連絡者①(最初に連絡をする保護者) ふりがな	携帯番号： 勤務先名： 勤務先電話番号：	正社員・正社員以外・自営業 パート(短時間・長時間)
	連絡者② ふりがな	携帯番号： 勤務先名： 勤務先電話番号：	正社員・正社員以外・自営業 パート(短時間・長時間)
世帯 区分	①課税世帯 ②非課税世帯 ③生活保護世帯 ④不明 ②③④の方は次の提出書類が必要となります。(全て本年度のもの、コピー可) 【保護者全員分の住民税非課税証明書】 クリニックが上記の件で市に問い合わせることを了承します 保護者自署 _____		
家族 構成	父 母 祖父 祖母 兄( 歳 歳 歳) 姉( 歳 歳 歳) 弟( 歳 歳 歳) 妹( 歳 歳 歳) その他( )		

※連絡者①②は必ず両方に連絡先・勤務先等を含め全てご記入をお願いします。

かかりつけの病院	入院歴 なし・あり(病名： ) 経過(完治・治療中)		
熱性けいれん	なし・あり(回数 回) 初回( 歳 カ月) 最後( 歳 カ月) 坐薬の指示(あり・なし) ※坐薬の指示がある場合は必ず持ってきてください		
定期的に通院している疾患 (病名： )	ない・ある 常時内服している薬 ない・ある (薬名： ) 服用時間( )		
食物アレルギー	なし・あり(牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他： )		
発達障害(多動等)等の助言を受けたことがある	いいえ ・ はい(診断名： ) (受診医療機関： )		
※助言が無くとも、特性のために保育看護が困難と判断した場合は、お預かりを中断することがあります。(対象3歳以上)			
・保育上配慮してほしいこと			
性 格			
お子さんの癖	好きな遊び		

病児・病後児保育利用のため、以上のとおり申請します。

(あて先) あずま子ども家庭クリニック 病児保育室

課	非	生保	任意

