

病児保育利用申請書

年 月 日

豊橋市長 様

申請者 住所

氏名

連絡先 自宅  
携帯

病児保育を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、病児保育事業の利用料の決定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧することに同意します。

園(学校)名		承諾番号		登録番号	
児童(生徒)名		男・女	生年月日	年	月 日
利用日	月 日 ( )	・	月 日 ( )		
	月 日 ( )	・	月 日 ( )		
	月 日 ( )	・	月 日 ( )		
利用施設	1. 豊橋市民病院院内保育所あおたけ      3. 病児保育室 つくし 2. こじかこども園病児保育室どんぐり      4. つつじが丘保育園病児保育室つぼみ (該当を○で囲む)				
医療機関					
症 状					
予防接種歴	接種している予防接種に○をつけてください。				
	予防接種の種類	1回目	2回目	3回目	追加
	ヒブワクチン				
	肺炎球菌ワクチン				
	B型肝炎				
	ロタウイルス				
	四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)				
	五種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)				
	BCG				
	MRワクチン (麻しん・風しん混合ワクチン)				
	水痘 (水ぼうそう)				
日本脳炎					
おたふくかぜ					

登録時に記入していただいた内容に変更がある場合は、下記表に変更内容をご記入ください。

フリガナ				
児童(生徒)名		男・女	園(学校)名	
住所	〒			
			TEL	
家族の状況	氏名		生年月日	連絡先
	父	フリガナ	年 月 日	TEL
	母	フリガナ	年 月 日	TEL
		フリガナ	年 月 日	
		フリガナ	年 月 日	
		フリガナ	年 月 日	

**緊急連絡先**

	氏名	児童との続柄	勤務先等住所・電話番号	勤務先名等
1	フリガナ		TEL	
2	フリガナ		TEL	

**既往歴**

1	既往歴	生まれてから今までに、特別な病気（先天性異常・心臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 (はい・いいえ) 病名( )
2	子どもの様子	・1歳6か月児健診 指導(未受診・無・有) 指導内容( ) 3歳児健診 指導(未受診・無・有) 指導内容( ) ・発育などについてかかったことのある医療機関等 (無・有)(医療機関名: ) ・お子さんの行動やくせ、こだわり等で気を付けてほしいことがありますか。 (はい・いいえ)(内容: ) 例…動き回ったり、外に勝手に出て行ってしまうことがある・環境の変化を極端に嫌がる ことがある・かんしゃくを起こすことがある等