

2019年度 病児病後児保育ハーティ利用登録申請書

年 月 日

株式会社びわこナーシング  
オリーブ守山保育園 様

病児病後児保育の利用に当たり、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
児 童 名 (男・女)		年 齢	歳 月
申請者氏名 (保 護 者)		電 話	
住 所 (〒 - ) 市			
緊 急 連 絡 先	① 氏名 (続柄 )	電話 - -	
		自宅・勤務先( )	
		その他 ( )	
	② 氏名 (続柄 )	電話 - -	
		自宅・勤務先( )	
		その他 ( )	
就学前施設・小学校名		健康保険 被保険者番号	記号 番号 被保険者番号
かかりつけ医		連絡先	
これまでにかかった 主な病気	なし・あり (具体的に)	障害の有 無	なし・あり ( )
		熱性けいれんの有無	なし・あり( )
予 防 接 種	・ポリオ(生ワク・不活化) 回 ・おたふくかぜ ・水ぼうそう ・BCG ・日本脳炎 ・三種混合または四種混合 ・B型肝炎 ・インフルエンザ ・ヒブワクチン 回 ・小児用肺炎球菌ワクチン 回 ・その他( ) ・MRワクチン(はしか・風しん混合)		
アレルギー体質の有無	・薬アレルギー なし・あり (具体的に ) ・アレルギー体質 なし・あり (牛乳・卵・その他 )		
同 意 書			
病児病後児保育の利用に際して、次の項目に同意します。			
1 利用中は職員の指示を守ります。			
2 児童の症状が急激に悪化する緊急時は、保護者による受診をします。 なお、保護者に連絡が取れない場合、上記について施設が代行することを了承します。 その際、発生する医療費・交通費等は、保護者が負担します。			
		年 月 日	
株式会社びわこナーシング オリーブ守山保育園 あて		保護者氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	