

病児保育事業利用登録申請書(事前登録)

公立邑智病院 病院長 様

年 月 日

公立邑智病院の病児保育業の利用登録を申請します。
なお、利用期間中は、病院の指示に従います。

保護者 住 所

ふりがな

氏 名

電話番号

ふりがな					男 ・ 女	生年月日	年 月 日
緊急連絡先	第1	氏名		続柄		携帯電話	
		勤務先				勤務先電話	
	第2	氏名		続柄		携帯電話	
		勤務先				勤務先電話	
	通所保育所または学校						
既往症	けいれん		(有 無) これまで 回。 最後は 歳 ヶ月				
	ぜん息		(有 無) 薬の服用 (毎日 無 発作時のみ)				
	アトピー性皮膚炎		(有 無) 治療内容 ()				
	食物アレルギー						
	食事の注意点		・ 食事について注意事項があればご記入ください。(特に食事制限の指示などを主治医から受けている場合、アレルギー食品がある場合など具体的に記入して下さい)				
その他	その他		・ 特別な体質をもっておられるお子さんは想定外のことが発生することがあります。くせ、生まれつきの病気、体質など心配なことや、配慮してほしいことなどあれば、具体的に記入して下さい。				

貴施設に預けております(乳幼児氏名)の病状の変化に対する措置として、上記主治医の判断により公立邑智病院で受診することに同意いたします。

保護者 印

医師	看護師	保育士