

病児・病後児保育事業利用登録申込書

受付日 令和 年 月 日 記入者名：

ふりがな 氏名		男・女	愛称	生年月日：H, R 年 月 日	
自宅住所 (〒 -)			*該当する減免があれば <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯		
自宅電話番号 - -					
通園・通学先			主治医 医院・病院 先生		
保護者	ふりがな 父・氏名 (歳)		勤務先 勤務先電話番号		
	ふりがな 母・氏名 (歳)		勤務先 勤務先電話番号		
兄弟・姉妹		歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
緊急連絡先	氏名 ふりがな 続柄		電話番号		
	①				
	氏名 ふりがな 続柄		電話番号		
②					
氏名 ふりがな 続柄		電話番号			
③					
出生時	・在胎 週 ・体重 g ・特記事項 ()				
予防接種	*お済みのワクチンに <input checked="" type="checkbox"/> し、回数を○で囲んでください <input type="checkbox"/> Hib (インフルエンザ菌b型) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) <input type="checkbox"/> 四種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 (MR) (1回目 ・ 2回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (1回目 ・ 2回目) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (1回目 ・ 2回目) <input type="checkbox"/> ロタウイルス (1回目 ・ 2回目 ・ (3回目)) <input type="checkbox"/> インフルエンザ (毎年している ・ していない)				
過去の病気	*これまでにかった感染症や病気に <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) <input type="checkbox"/> 喘息 (継続治療中・悪化時治療のみ) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん : 初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月 (回) ※座薬の指示 有・無 <input type="checkbox"/> 脱臼: 部位 () 回数 (回) <input type="checkbox"/> その他 ()				
入院歴	ない・ある (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)				
常用薬	ない ある (具体的にお書きください)				
食事制限	ない ある (食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください)				
その他	体質や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください				