

東御市病後児等保育利用登録申込書

東御市長

申請者（保護者）

氏 名 _____

病後児等保育事業を利用するため、次のとおり申し込みます。

児童に関すること	(ふりがな) 氏名		性別	男 女	生年月日		年	月	日生				
	住所（〒 — ）				自宅電話番号		（ ）						
	通園する保育園	_____ 保育園											
	出生時の異常(無・有 _____)												
	発育・発達の状況 (ふつう・少し遅れていると思う・わからない)												
保護者	かかりつけ病院等 名称				主治医名								
	住所				電話番号		（ ）						
	氏名 (続柄 _____)				氏名 (続柄 _____)								
勤務先	名称				名称								
	住所				住所								
	電話				電話								
予防接種	BCG		年	月	麻疹 (はしか)		1回目	年	月	日本脳炎	1回目	年	月
	インフルエンザ		歳				2回目	年	月		2回目	年	月
	水ぼうそう		年	月			1期 1回目	年	月		追加	年	月
	おたふくかぜ		年	月	三種混合		1期 2回目	年	月	風疹		年	月
	ポリオ		1回目	年	月			1期 3回目	年	月	その他		年
		2回目	年	月			1期 追加	年	月	年			月

感染症歴	麻疹(はしか) 歳 か月	おたふくかぜ 歳 か月	その他 [歳 か月] [歳 か月]
	風疹 歳 か月	百日咳 歳 か月	
	水ぼうそう 歳 か月	突発性発疹 歳 か月	
その他	喘息 薬 毎日・発作時・無 吸入 毎日・発作時・無	熱性けいれん ()回 初回 最近 歳 か月 歳 か月	アトピー性皮膚炎 内服薬 食事療法
	食物アレルギー 牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他()		
	薬物アレルギー 種類等()		
	入院の経験 無・有(歳 か月、病名)		
	入院の経験 無・有(歳 か月、病名)		
その他(心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)			

市役所記入欄

利用可否

台帳番号

台帳登録日