

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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

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。

児童に関する記入	(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		1回目	年	月	日本脳炎	1回目	年	月
	インフルエンザ		歳	(はしか)		2回目	年	月	2回目		年	月	
	水ぼうそう		年	月	三種混合	1期	1回目	年	月	追加	年	月	
	おたふくかぜ		年	月		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	月
		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	薬 喘息 毎日・発作時・無 吸入 毎日・発作時・無	熱性けいれん 初回 歳 か月 ( )回 最近 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