

養父市病後児保育利用登録申請書

平成 年 月 日

養父市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 (保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
 (TEL. - - )

次のとおり病後児保育の利用登録を申請します。

児童の氏名 (生年月日・年齢)	(平成 年 月 日生 (男・女) 歳 か月)	申請者 との続柄	
在籍する保育所等	(TEL. - - )		
かかりつけ医	名称 (TEL. - - )	担当医師名	
家族の状況	父	( 歳)	( 歳)
	母	( 歳)	( 歳)
		( 歳)	( 歳)
緊急時の 連絡先	氏名	TEL	児童との続柄
		- -	
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 (症状 ) <input type="checkbox"/> 無		
既往症	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (ミルク・卵・ソバ・大豆・その他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
	予防接種	<input type="checkbox"/> BCG	未・済
<input type="checkbox"/> MR		未・1期済・2期済	
<input type="checkbox"/> ポリオ ( <input type="checkbox"/> 生ワク <input type="checkbox"/> 不活化 ※四種混合接種者は記入不要		未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済	
<input type="checkbox"/> 三種 <input type="checkbox"/> 四種 混合		未・1期1回目済・2回目済・3回目済・追加済	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎		未・1期1回目済・2回目済・追加済	
<input type="checkbox"/> ヒブワクチン		未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済	
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌		未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済	
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		未・1回目済・2回目済	
<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)		未・1回目済・2回目済	
<input type="checkbox"/> B型肝炎 (HB)		未・済	
<input type="checkbox"/> その他	( )		
保育上注意してほしいこと			