

病児・病後児保育事業登録申請書

指宿市長 様	年 月 日
次のとおり指宿市病児・病後児保育事業への登録を申請します。 なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報をご職及び実施施設が利用することについて、承諾します。	
申請者 <u>住 所</u> _____	
<u>氏 名</u> _____	
<u>電 話</u> _____	

フリガナ 児童氏名	男 ・ 女	血 液 型	型 (RH+・-)	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)	
保護者等	父	氏名	携帯電話等			
		勤務先等	電話			
	母	氏名	携帯電話等			
		勤務先等	電話			
	()	氏名	携帯電話等			
		勤務先等	電話			
入所保育所・学校等		電話				
かかりつけ医療機関名		電話				
予防接種歴 該当するものに○を記入ください。	ロ タ ウ イ ル ス	ロタテック	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回			
		ロタリックス	未 ・ 1回 ・ 2回			
	H i b	未 ・ 初回1回 ・ 初回2回 ・ 初回3回 ・ 追加				
	肺 炎 球 菌	未 ・ 初回1回 ・ 初回2回 ・ 初回3回 ・ 追加				
	B 型 肝 炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回				
	四 種 混 合	未 ・ 1期初回1回 ・ 1期初回2回 1期初回3回 ・ 1期追加				
	B C G	未 ・ 1回				
	MR (麻しん・風しん)	未 ・ 1期 ・ 2期				
	水 ぼう そう	未 ・ 初回 ・ 追加				
	日 本 脳 炎	未 ・ 1期初回1回 ・ 1期初回2回 1期追加 ・ 2期				
二 種 混 合	未 ・ 2期					

(裏)

既往歴	麻疹 (はしか)	歳 月	おたふくかぜ	歳 月
	風しん	歳 月	手足口病	歳 月
	水ぼうそう	歳 月	伝染性紅斑	歳 月
	けいれん (ひきつけ)	なし・あり 原因(詳しく):		
	その他(大きな病気やけが)	傷病名:() 経過:		
起こしやすい病気等	風邪 ・ 下痢 ・ じんましん ・ 鼻出血 ・ 脱臼 ・ アトピー性皮膚炎 ・ ぜんそく ・ 鼻炎 その他()			
食物アレルギー	なし・あり (卵・牛乳・小麦・大豆・肉・魚介類・その他)			
その他のアレルギー	なし・あり (具体的に)			
服薬	(ぜんそく, アトピー性皮膚炎, けいれん等で, 常時内服している薬があれば, 内服時間も含め具体的に記入してください。)			
その他	(体質や性格, くせなど心配なこと, 配慮してほしいことがあれば具体的に記入してください。)			