

御前崎市病後児保育利用児童登録申請書

年 月 日

御前崎市長 様

記入者 (保護者)	〒 - 電話番号 ()																					
	住所																					
	氏名 (続柄)																					
児童の氏名	ふりがな	性別 男・女	生年月日	年 月 日																		
	氏名 (愛称)		年 齢	歳 か月																		
通園施設	施設名 電話番号 ()																					
かかりつけ医	医療機関名 電話番号 () 担当医師																					
緊急連絡先 ①	住所 電話番号 () 氏名 (続柄)																					
緊急連絡先 ②	住所 電話番号 () 氏名 (続柄)																					
アレルギー体質 (○を記入してください) なし・あり [乳製品、卵、そば、大豆、小麦、果物、その他 ()]																						
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○を付けて下さい)																						
<table border="0"> <tr> <td>1 突発性発疹</td> <td>10 ぜん息・ぜん息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)</td> </tr> <tr> <td>2 麻疹(はしか)</td> <td>(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)</td> </tr> <tr> <td>3 水痘(水ぼうそう)</td> <td>11 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)</td> </tr> <tr> <td>4 風疹(三日ばしか)</td> <td>12 川崎病(心臓合併症 あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>5 咽頭結膜熱</td> <td>13 熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)</td> </tr> <tr> <td>6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)</td> <td>14 その他 ()</td> </tr> <tr> <td>7 百日咳</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 伝染性紅斑(りんご病)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)</td> <td></td> </tr> </table>					1 突発性発疹	10 ぜん息・ぜん息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)	2 麻疹(はしか)	(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)	3 水痘(水ぼうそう)	11 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)	4 風疹(三日ばしか)	12 川崎病(心臓合併症 あり・なし)	5 咽頭結膜熱	13 熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	14 その他 ()	7 百日咳		8 伝染性紅斑(りんご病)		9 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	
1 突発性発疹	10 ぜん息・ぜん息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)																					
2 麻疹(はしか)	(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)																					
3 水痘(水ぼうそう)	11 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)																					
4 風疹(三日ばしか)	12 川崎病(心臓合併症 あり・なし)																					
5 咽頭結膜熱	13 熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)																					
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	14 その他 ()																					
7 百日咳																						
8 伝染性紅斑(りんご病)																						
9 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)																						
予防接種 (これまでに受けたものに○を記入してください)																						
ヒブ / 小児用肺炎球菌 / BCG / B型肝炎 / ロタウィルス / 水痘初回・追加 四種混合1期 初回・追加 / 日本脳炎1期 初回・追加 / 麻疹風疹混合 MR1期・2期																						
(その他特に知らせておきたいこと)																						

※予防接種の欄は母子健康手帳のコピーでも可