

宇土市病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

宇土市長 様

(保護者)住所

氏名

印

電話

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録を申請します。

ふりがな 児童氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日(歳)	
在籍保育所等	電話：			
家庭の 状況	氏名	続柄	勤務先	緊急連絡先
		父	(電話：)	
		母	(電話：)	
			(電話：)	
			(電話：)	
かかりつけの 医療機関	医療機関名：		電話：	
健康保険	種類：		記号番号：	
アレルギー	なし・あり() 食事制限の必要 なし・あり()			
予防接種 (接種したものに○をしてください。)	<ul style="list-style-type: none"> ・BCG ・四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)：第1期初回(1回・2回・3回)第1期追加 第2期(DT) ・MR(麻しん風しん)：1期 2期 ・日本脳炎：第1期初回(1回・2回)第1期追加 第2期 ・ヒブ：1回・2回・3回・追加 ・小児肺炎球菌：1回・2回・3回・追加 ・ヒトパピローマウイルス：1回・2回・3回 ・水痘(水ぼうそう) ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・B型肝炎 ・ロタウイルス ・インフルエンザ ・その他() 			
既往歴 (該当するものに○をしてください。)	<ul style="list-style-type: none"> ・百日せき ・麻しん(はしか) ・風しん ・水痘(水ぼうそう) ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・突発性発疹 ・手足口病 ・咽頭結膜熱(プール熱) ・ヘルパンギーナ ・じんましん ・伝染性紅斑(りんご病) ・アトピー性皮膚炎 ・結核 ・伝染性膿痂疹(とびひ) ・熱性けいれん ・喘息 ・その他() 			
その他	体質やくせ等，心配なことや配慮して欲しいことなど			