

杵築市病児保育事業児童登録申請書

杵築市長 様

平成 年 月 日

以下のとおり、事業利用にともなう登録を申請します。

(フリガナ) 子ども氏名		男・女	生年月日 平成 年 月 日 (歳) 愛称 ()	
住 所 保護者氏名		杵築市 〒 続柄 () TEL () -		
緊急連絡先：必ず2ヶ所記入をして下さい。勤務先の場合は、勤務先名・部署名まで記入をお願いします。				
①		続柄 () TEL () -		
②		続柄 () TEL () -		
就園・就学先 () 保育園・幼稚園・小学校				
現病歴	通院している ・病院名 ・病 名 ・期 間 ・現在服薬中の薬 () ()	既往歴	※ヶ月・才を○で選んで記入してください。 突発性発疹 (ヶ月・才) おたふく (ヶ月・才) 百日咳 (ヶ月・才) 水 痘 (ヶ月・才) 麻 診 (ヶ月・才) ひきつけ(熱性けいれん 才 ・ 他のけいれん 才) じんましん 喘息 その他 ()	
予防接種	①BCG ②ポリオ(1・2) ③単独不活化ポリオ(1・2・3・追加) ④三種混合(1期初回 1・2・3、1期追加) ⑤四種混合(1・2・3、1期追加) ⑥MR(1期・2期) ⑦水痘 ⑧おたふくかぜ ⑨日本脳炎(1期初回 1・2、1期追加・2期) ⑩H i bワクチン(1・2・3・追加) ⑪肺炎球菌ワクチン(1・2・3・追加) ⑫その他			
かかりつけ医	病院名 病院名	そ の 他	性格 好きな遊び	
薬の使用	定期通院により常時服用している薬がありますか? はい・いいえ 病名 () 薬名 ()	ア レ ル ギ ー	食 べ 物 [[ハウスダスト]] 薬 物 [[その他]]	

※市記入欄

登録番号