

# 東根市病後児保育事業利用登録申請書

平成 年 月 日

東根市長 あて

市外在住で市内勤務の方のみ記入

保護者住所	〒
保護者氏名	(印)
電話番号	

勤務先	
所在地	
電話番号	

次のとおり病後児保育事業の利用について登録申請します。また、利用にあたっては次の事項を遵守します。

- ・記載事項に変更が生じた場合にはその旨を届け出ること
- ・利用中は実施施設の指示に従うこと

フリガナ 登録児童名		性別	男・女	登録 番号	No,	
生年月日	平成 年 月 日生	年齢	歳児・学年 年 (4/1 現在)			
対象児童の家族状況	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 (和暦)	性別	勤務先名又は職業	勤務先電話番号
				男・女		TEL
				男・女		TEL
				男・女		TEL
				男・女		TEL
				男・女		TEL
				男・女		TEL
				男・女		TEL
緊急連絡先	第一連絡先 氏名		続柄	TEL		
	第二連絡先 氏名		続柄	TEL		
学・在園施設名	TEL					
かかりつけ医	病院・医院名	医師名	TEL			
発育・発達の状況	ふつう・少し遅れている ( 身体面・精神面・その他 )					

裏面もご記入ください。

●既往歴（今までにかかった疾病の番号と【 】の内容に○を付けてください）	
1 突発性発疹	
2 麻しん	
3 風しん	
4 水痘（水ぼうそう）	
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
6 百日咳	
7 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用 毎日・不調時のみ】	
8 アトピー性皮膚炎	
9 川崎病【心臓合併症 あり・なし】	
10 熱性けいれん【初回 歳 ヲ月、最後 歳 ヲ月、これまで 回】 【座薬の指示 あり・なし】	
11 てんかん	
12 食物アレルギー【牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他( )】	
13 その他【具体的に: 】	

●予防接種（これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください）	
1 三種混合 【I期初回 1回目・2回目・3回目・追加】	5 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】
2 ポリオ【1回目・2回目】	6 水痘(水ぼうそう)
3 BCG	7 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
4 麻しん・風しん【第1期・第2期】	8 Hibワクチン【1回目・2回目・3回目・追加】
	9 小児肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】

●入院経験（入院の経験がある場合は入院時の年齢と疾病名及び病院名を記入してください）	
1 ない	
2 ある【 歳 ヲ月・病名	・病院名
【 歳 ヲ月・病名	・病院名
●常時内服している薬	
1 ない	
2 ある【具体的に: 】	
●その他（薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮が必要なことについて記入してください）	