

病後児保育事業利用登録申請書

牧之原市長

申請者名

保護者氏名		続柄	緊急連絡先 (勤め先等)	
			連絡先	
携帯電話	- -		電 話	()
			連絡先	
携帯電話	- -		電 話	()
児 童 氏 名		性別	生 年 月 日	
(ふりがな)			年 月 日生	
			(歳 か月)	
住所 (〒 -)		電 話 ()		
牧之原市				
通園施設等				
施設名又は小学校名 _____				
電 話 ()				
かかりつけの医師				
医療機関名		電 話 ()	担当医師名	
既往歴 (今までにかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。				
1 突発性発疹	14 湿疹			
2 麻しん (はしか)	15 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)		
3 水痘 (水ぼうそう)	(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)			
4 風しん (三日ばしか)	16 アトピー性皮膚炎	(治療は内服液・食事療法)		
5 咽頭結膜熱 (プール熱)	17 川崎病【心臓合併症はあり・なし】			
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	18 B型肝炎 (キャリアー・キャリアーではない)			
7 百日咳	19 熱性けいれん	【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】		
8 ヘルパンギーナ	20 食物アレルギー	【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】		
9 手足口病	21 その他 ()			
10 伝染性紅斑				
11 中耳炎				
12 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)				
13 とびひ				
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 ヒブワクチン【1回目・2回目・3回目・追加】	8 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】			
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】	9 水痘(水ぼうそう)【1回目・2回目】			
3 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	10 ロタウイルス			
4 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	11 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】			
5 ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】	12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			
※生ポリオの場合は2回目まで	13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】			
6 BCG	14 その他【 】			
7 MR (麻しん風しん)【1回目・2回目】				
入院の経験 (入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)				
1 ない				
2 ある 【 歳 か月、病名 】				
【 歳 か月、病名 】				
常時内服している薬 (常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください)				
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、配慮して欲しいことについて記入してください)				