

杵築市病児保育事業児童登録申請書

年 月 日

杵築市長 様

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 年 月 日 (歳) 愛称 ()
住 所 保護者氏名	杵築市 ☎ 続柄 () TEL () -		
利用区分	右側の番号を記入してください	①市内に住所を有する児童 ②市外に住所を有するが、保護者が杵築市内の事業所に勤務している児童 ③市外に住所を有する②以外の児童	
緊急連絡先：必ず2ヶ所記入をしてください。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) 麻疹 (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	