

様式第1号（第8条関係）

瑞浪市病児・病後児保育登録申請書

瑞浪市長 様

申込者（保護者）氏名

印

以下の記載内容のとおり、瑞浪市病児・病後児保育事業の利用登録を申し込みます。

また、この申込書を実施施設で利用することに同意します。

登録番号		第 号		申請年月日	年 月 日
ふりがな 児童氏名		性別	生年月日	年 月 日	
		男・女	年 齢	歳 ヶ月	
保 護 者	父の氏名				
	母の氏名				
	住 所	〒 自宅電話			
連 絡 先	父の勤務先	電話			
	母の勤務先	電話			
	緊急連絡先	第1番目	氏名 児童との続柄 連絡先名称 電話		
		第2番目	氏名 児童との続柄 連絡先名称 電話		
保 育 所 等 名					
かかりつけ医療機関					
既往歴等	突発性発疹・麻疹（はしか）・水痘（水ぼうそう）・風疹・百日咳・結核 肺炎・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・喘息・喘息様気管支炎 アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎 熱性けいれん（今までに 回・直近 年 月ころ） その他（ ）				
入 院 歴	なし・あり（病名 ） 歳 ヶ月時				
予 防 接 種	ヒブ	未・1回・2回・3回・追加			
	小児用肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加			
	混合接種（3種・4種）	未・1回・2回・3回・追加			
	B C G	未・済			
	麻しん風しん混合	未・1回・2回			
	水痘（水ぼうそう）	未・1回・2回			
	日本脳炎	未・1回・2回・追加			
	ポリオ	不活化	未・1回・2回・3回・追加		
		生	未・1回・2回		
	ロタ	未・済			
	B型肝炎	未・済			
	おたふくかぜ	未・済			
その他	（ ）				
ア レ ル ギ ー	薬アレルギー	なし・あり（薬剤 ）			
	食物アレルギー	なし・あり（食品 ）			
そ の 他					