

にじいろkids病児・病後児保育利用登録申込書

申請者  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

病児・病後児保育事業を利用するため、次のとおり申し込みます。

児童に関する こと	(ふりがな)		性別	生年月日									
	氏名		男・女	平成 令和	年	月	日生						
	住所(〒 _____ )		電話番号 ( _____ )										
	通園・通学先等		電話番号 ( _____ )										
	出生時の異常 無・有 ( _____ )												
	発育・発達の状況 ( ふつう・少し遅れていると思う・わからない )												
保護者	氏名 (続柄 _____ )			氏名 (続柄 _____ )									
	勤務先	名称	勤務先	名称									
		住所		住所									
予防接種	BCG	年	月	ヒブ	初回	1回目	年	月	おたふく	1回目	年	月	
	四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1回目	年		月	追加	2回目	年	月	ロタウイルス	1回目	年	月
		2回目	年		月		3回目	年	月		2回目	年	月
		3回目	年	月		1回目	年	月	3回目		年	月	
	麻疹・風疹混合	1期追加	年	月	小児用肺炎球菌	初回	1回目	年	月	インフルエンザ 歳			
		1回目	年	月			2回目	年	月				
	2回目	年	月			3回目	年	月	その他 年 月				
	日本脳炎	1期初回	1回目	年	月	追加	1回目	年	月	その他 年 月			
		2回目	年	月	水痘	1回目		年	月				
		1期追加	年	月		2回目		年	月				
感染症歴	麻疹(はしか)	歳	か月	おたふくかぜ	歳	か月	[ _____ ] 歳 か月						
	風疹	歳	か月	百日咳	歳	か月	その他 [ _____ ] 歳 か月						
	水ぼうそう	歳	か月	突発性発疹	歳	か月	[ _____ ] 歳 か月						
その他	喘息 薬 毎日・発作時・無	熱性けいれん 初回	歳	か月	アトピー性皮膚炎		内服薬 食事療法						
	吸入 毎日・発作時・無	( _____ 回) 最近	歳	か月									
	食物アレルギー	牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他 ( _____ )											
	薬物アレルギー	種類等 ( _____ )											
	入院の経験	無・有 ( _____ 歳 か月、病名 _____ ) ( _____ 歳 か月、病名 _____ )											
その他(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)													