

様式第1号 (第6条関係)

病児・病後児保育利用者登録申請書

年 月 日

行田市長

保護者 住 所 行田市 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

病児・病後児保育の利用者登録を受けたいので、行田市病児・病後児保育事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな				
児 童 氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	行田市			電話
通所(学)施設				電話
保 護 者	氏 名	続柄 ()	携帯電話	
	勤務先		勤務先電話	
	氏 名	続柄 ()	携帯電話	
	勤務先		勤務先電話	
兄弟姉妹状況	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	
出 生 状 況	異常 なし ・ あり ()		出生体重()g	
かかりつけ医	医療機関名			
薬	常用している薬 (内服・軟膏・吸入等) なし ・ あり()			
	薬の飲ませ方を教えてください			

予 防 接 種	Hib (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) 四種混合 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) 三種混合 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ポリオ (未 ・ 1期 ・ 2期) BCG (未 ・ 済) MR (未 ・ 1期 ・ 2期) 水痘 (未 ・ 1回 ・ 2回) 日本脳炎 (未 ・ 1期 (1回・2回・追加) ・ 2期) B型肝炎 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回) ロタウイルス (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回) おたふく風邪 (未 ・ 済) その他 ()
既 往 歴	突発性発疹 ^{しん} 百日咳 ^{ぜき} 水ぼうそう (水痘) おたふく風邪 風疹 はしか (麻疹) 肺炎 川崎病 ぜん息 その他 () ※治療中の病気 なし ・ あり (病名) ※これまで入院したことはありますか なし ・ あり (病名 歳 月)
け い れ ん	けいれんを起こしたことはありますか なし ・ あり けいれんを起こしたときに発熱はありましたか なし ・ あり けいれんを起こした回数 () 回 最後にけいれんをおこした時期 () 熱が上がったときは薬を使用しますか しない ・ する (抗けいれん薬・解熱剤・その他:)
ア レ ル ギ ー	アレルギーはありますか なし ・ あり アレルギーの種類 (食物 スギなどの花粉 ハウスダスト その他) 制限されている食物名 なし ・ あり (卵 大豆 牛乳 小麦 そば その他:)
そ の 他	泣いたときに落ち着かせる方法がありますか () ----- お子さんの体質、癖、心配なこと、配慮してほしいことがありましたら具体的に記入してください