

様式第1号  
多可町長様

登録番号	
------	--

### 病児保育利用登録申請書

この利用登録申請書を実施施設で利用すること及び町が実施施設から利用状況（利用年月日及び病名）の報告を受けることに同意します。

年 月 日 記入

申請者名 \_\_\_\_\_

登録乳幼児	ふりがな				性別	生年月日		
	氏名				男・女	年 月 日生（ 歳）		
	自宅住所：（〒 ）				電話：			
	かかりつけ医	（ ） 医院・病院・クリニック （ ） 先生						
	通所施設名	（ ） 保育所（園）・幼稚園・こども園・小学校（電話： ）						
	兄弟・姉妹	歳（男・女） 歳（男・女） 歳（男・女） 歳（男・女）						
保護者	氏名	（ 歳） 続柄【 】			勤務携帯	電話		
	氏名	（ 歳） 続柄【 】			勤務携帯	電話		
緊急時連絡先		第1連絡先	電話： （対象児との続柄）					
		第2連絡先	電話： （対象児との続柄）					
出生時の異常	なし・あり	発育・発達	特に気にならない・少し気になる・とても気になる・わからない					
予防接種 —受けたものに○をつけてください—								
ヒブ	1回	2回	3回	追加	BCG	1回		
肺炎球菌	1回	2回	3回	追加	ポリオ	1期初回： 1回 2回 3回 追加		
三種混合	1期初回： 1回	2回	3回	1期追加	四種混合	1期初回： 1回 2回 3回 1期追加		
麻疹・風疹	1期	2期				日本脳炎	1期初回： 1回 2回 1期追加 2期	
水ぼうそう	1回	2回				B型肝炎	1回 2回 3回	
ロタウイルス	1回/2回	2回/2回	・	1回/3回	2回/3回	3回/3回		
その他								
これまでにかかった主な感染症や病気 —かかった病気に○をつけてください—								
1. 突発性発疹 2. 麻疹 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. 流行性耳下腺炎 6. 熱性けいれん（回数 回）最終発作日（ 年 月 日）座薬の指示（有・無） 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息（継続治療中・悪化時治療のみ） 9. その他（ ）								
入院歴	なし・あり	（病名： 歳 ヲ月）		（病名： 歳 ヲ月）				
常時服用している薬	なし・あり（内服 外用 座薬 吸入 点鼻 点耳 点眼 その他） （具体的に： ）							
アレルギー	なし・あり	食事制限	なし・あり（具体的に： ）					
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど、心配なこと配慮してほしいことについてお書きください							