

田原市病後児保育室利用登録申請書

年 月 日

田原市長 殿

住所  
氏名 印  
電話 ー

病後児保育室を利用したいので、田原市病後児保育室の管理運営に関する規則第7条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、記入した個人情報を医療機関等に提供することを承諾します。

利用を希望する 児 童	氏名	生年月日		性別	入所施設
	ふりがな（ ）	年	月	日生	男・女
保護者及び家族 の状況（利用を 希望する児童は 除く。）	氏名	続柄	年 齢	性別	勤務先又は学校等
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
緊 急 連 絡 先	氏名	続柄	連絡先の名称		電話
保 険 証 等	保険者番号・名称	記号	番号	子ども医療費受給者番号	
かかりつけ医療 機 関 名	電話番号				

利用児童の健康状態

現在の様子	身長	c m ( 月 日現在)
	体重	k g ( 月 日現在)
	目の異常	なし ・ あり ( )
	耳の異常	なし ・ あり ( )
	これまでににかかった大きな病気	
既往歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑 (りんご病) 熱性けいれん ぜんそく 肺炎 結核 湿 疹 アトピー性皮膚炎 その他 ( )	
予防接種歴	インフルエンザ菌 b 型 (Hib)	未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	小児肺炎球菌	未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	B型肝炎	未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ	未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	B C G	未接種 ・ 済 ( 年 月)
	麻しん (はしか)・風しん	未接種 ・ 1回 ・ 2回
	水痘	未接種 ・ 1回 ・ 2回
	日本脳炎	未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加
	ロタウイルス	未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
	おたふくかぜ	未接種 ・ 1回 ・ 2回
制限されている食品名	全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 そば粉 その他 ( ) 特になし	
その他	体質 (薬剤アレルギー等)、癖等、心配なことや配慮してほしいこと。	