

妙高市病児・病後児保育事業登録申込書

妙高市長 宛て

申込者

妙高市病児・病後児保育事業の登録について、次のとおり申し込みます。

児 童 の 情 報	ふりがな 児童氏名		愛 称	性 別	生年月日
				男・女	年 月 日 (歳 か月)
	自宅住所 (〒 -)				
	通園・通学施設名	() こども園・保育園・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医	() 病院・医院			
	兄弟姉妹名前等	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
緊 急 連 絡 先	氏名・続柄	続柄 ()		続柄 ()	
	電話番号				
	勤務先名称				
	勤務先電話番号				
予 防 接 種	これまでに受けた予防接種の□欄にチェックと () 内の回数に○をつけてください。				
	□Hib ワクチン (1回・2回・3回・追加)		□BCG 済		
	□小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)		□MR (麻疹・風疹) (1期・2期)		
	□四種混合 (1回・2回・3回・追加)		□日本脳炎 (1回・2回・追加)		
	□三種混合 (1回・2回・3回・追加)		□水ぼうそう (1回・2回)		
	□ポリオ (生ワクチン) (1回・2回)		□おたふく (1回・2回)		
	□ポリオ (不活化) (1回・2回・3回・追加)		□その他 ()		
既 往 症 等	これまでににかかった病気の□欄にチェックと () 内にコメント及び○をつけてください。				
	□突発性発疹症	□おたふくかぜ	□喘息又は喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療)		
	□はしか	□アトピー性皮膚炎	□じんましん (原因)		
	□風疹	□百日咳	□その他 ()		
	□溶連菌感染症	□熱性けいれん (過去に 回 座薬の指示 有・無)			
	□水ぼうそう	(初回は 歳 か月 最後は 歳 か月)			
□入院歴がある	(病名 : 歳 か月)				
	(病名 : 歳 か月)				
そ の 他	食物アレルギー	ない・ある (具体的に)			
	食 事 制 限	ない・ある (牛乳・卵・大豆・鶏肉・そば・小麦粉・その他)			
	常 用 服 薬 等	ない・ある (具体的に)			
承諾欄 (生活保護世帯、市民税非課税世帯、児童扶養手当受給世帯、就学援助受給世帯に該当する方のみ)					
保護者負担額の審査のため、私の世帯の住民基本台帳及び生活保護法に係る公的扶助の受給に関する資料ならびに所得・課税状況について、閲覧及び確認することに承諾します。					
保護者氏名					