

須坂市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

(あて先) 須坂市教育委員会

申請者 住所

(保護者) 氏名

(署名又は記名押印)

電話 () -

病児・病後児保育事業の利用のため、次のとおり登録申請します。

なお、記入した個人情報を須坂市及び実施施設で共有することを承諾します。

登録 児童 に 関 す る こ と	フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日生
	通園等施設 保育園 幼稚園 認定こども園 小学校		歳児 学年	施設電話 () -
	かかりつけ医療機関名称		主治医氏名	医療機関電話 () -
	定期通院の疾患	1 ある 病名 () 2 なし		
	常時服用している薬	※ぜんそく・アトピー性皮膚炎等があれば、内服時間など具体的に記入してください。 1 ある (原因物質) 2 なし		
	入院の経験	1 ある (入院時の年齢 歳 病名) 2 なし		
	児童の状況	出生時の体重 (g) 身長 (cm) 出生時の異常 あり・なし 現在の体重 (g) 身長 (cm) 平熱 (°C) 子どもの癖 () 好きな遊び () 食 事 ミルク ・ 離乳食 (前期・中期・後期) ・ 普通食		
家族 の 状 況	氏名	続柄	勤務先等	緊急連絡先
				勤務先 携 帯
				勤務先 携 帯
				勤務先 携 帯
特記事項				

※家族状況欄は、児童の保護者（父母、祖父母等）をご記入ください。

予防接種及び今までにかかった病気	予防接種(母子手帳を参考に記入してください。)		今までにかかった病気に○をつけ、かかった時の年齢(月齢まで)を記入してください。	
	BCG	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	突発性発疹	歳 か月
	MR (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	麻しん(はしか)	歳 か月
	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	水痘(水ぼうそう)	歳 か月
	四種混合	<input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	歳 か月
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	百日咳	歳 か月
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	咽頭結膜炎(プール熱)	歳 か月
	ヒブワクチン	<input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	手足口病	歳 か月
	小児用肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	ヘルパンギーナ	歳 か月
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> () 回まで接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	伝染性紅斑(りんご病)	歳 か月
	インフルエンザ (申請年度分)	<input type="checkbox"/> 年 月 日接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	異型性肺炎(マイコプラズマ肺炎)	歳 か月
	その他の予防接種	名称() 接種日(年 月 日)	結核	歳 か月
			川崎病	歳 か月
熱性けいれん(ひきつけ)			歳 か月	
アトピー性皮膚炎			歳 か月	
その他()			歳 か月	