

竹原市病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

竹 原 市 長 様

申請者 住 所 _____

(保護者) 名 前 _____

(☎ - -)

竹原市病児・病後児保育事業を利用したいので登録します。
 なお、利用料の決定にあたり、私の世帯の課税状況等を確認されることに同意します。

フリガナ 氏 名		男 女	登録番号		
			生年 月日	年 月 日生 (歳 カ月)	
緊 急 連 絡 先	連絡先氏名		TEL	-	-
	連絡先氏名		TEL	-	-
かかりつけの 病 院 等	病院・医院 担当医師名		TEL	-	-
	病院・医院 担当医師名		TEL	-	-
通所施設名等	保育所・幼稚園・小学校名 TEL - -				
家族の状況 (本人以外の 家族を記入)	氏 名	性別	続柄	生年月日	職業等
生活保護の状況	適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)				

(裏面へ)

周産期	妊娠中の異常 (なし・あり:) 出生時体重 _____ ^{グラム} 出産は(予定通り・_____日早かった・遅かった) (在胎 _____週) 出産時の異常 (なし・あり:)	
予防接種歴	【定期】 肺炎球菌：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月、 3回目 _____年 月、4回目 _____年 月 Hib：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月、 3回目 _____年 月、4回目 _____年 月 四種混合：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月、 3回目 _____年 月、4回目 _____年 月 五種混合：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月、 3回目 _____年 月、4回目 _____年 月 B型肝炎：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月、3回目 _____年 月 BCG： _____年 月 風疹・麻疹： _____年 月、 _____年 月 水痘：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月 日本脳炎：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月、 3回目 _____年 月、4回目 _____年 月 DT(2種混合)：I期 _____年 月、II期 _____年 月 【任意】 ロタウイルス： ロタテック1回目 _____年 月、2回目 _____年 月、3回目 _____年 月 ロタリックス1回目 _____年 月、2回目 _____年 月 おたふくかぜ：1回目 _____年 月、2回目 _____年 月 ※その他 (_____)	
アレルギー歴	0 なし 1 気管支喘息 2 アトピー性皮膚炎 3 アレルギー性鼻炎 4 じんましん 5 食物アレルギー(ミルク、卵、その他: _____) 6 その他のアレルギー(_____)	家族歴 ・なし ・アレルギー ・結核 ・その他(_____)
※これまでにかかった主な感染症と病気(かかった病気に○をつけてください) 0 なし 1 突発性発疹症 2 麻疹 3 風疹 4 水痘 5 おたふくかぜ 6 百日咳 7 けいれん(熱:有・無) 8 じんましん 9 結核 10 喘息 11 その他(_____)		
お子さまの日常生活や心配なことがあれば具体的にお書きください。		