

様式第 1 号 (第 6 条関係)

病児・病後児保育利用者登録申請書

年 月 日

行田市長

保護者 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩  
 住 所 行田市 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

病児・病後児保育の利用者登録を受けたいので、行田市病児・病後児保育事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな			
児 童 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	行田市		電話
通所(学)施設	電話		
保 護 者	氏 名	続柄 ( )	携帯電話
	勤務先		勤務先電話
	氏 名	続柄 ( )	携帯電話
	勤務先		勤務先電話
兄弟姉妹状況	歳 ( 男・女 )	歳 ( 男・女 )	歳 ( 男・女 )
出 生 状 況	異常 なし ・ あり ( )		出生体重( ) g
かかりつけ医	医療機関名		
薬	常用している薬 (内服・軟膏・吸入等) なし ・ あり( )		
	薬の飲ませ方を教えてください		

予 防 接 種	Hib ( 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ) 小児用肺炎球菌 ( 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ) 四種混合 ( 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ) 三種混合 ( 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ) ポリオ ( 未 ・ 1期 ・ 2期 ) BCG ( 未 ・ 済 ) MR ( 未 ・ 1期 ・ 2期 ) 水痘 ( 未 ・ 1回 ・ 2回 ) 日本脳炎 ( 未 ・ 1期 (1回・2回・追加) ・ 2期 ) B型肝炎 ( 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ) ロタウイルス ( 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ) おたふくかぜ ( 未 ・ 済 ) その他 ( )
既 往 歴	突発性発疹 百日咳 水ぼうそう (水痘) おたふくかぜ 風しん はしか (麻しん) 肺炎 川崎病 ぜん息 その他 ( ) ※治療中の病気 なし ・ あり (病名 ) ※これまで入院したことはありますか なし ・ あり (病名 歳 月)
け い れ ん	けいれんを起こしたことはありますか なし ・ あり けいれんを起こしたときに発熱はありましたか なし ・ あり けいれんを起こした回数 ( ) 回 最後にけいれんをおこした時期 ( ) 熱が上がったときは薬を使用しますか しない ・ する (抗けいれん薬・解熱剤・その他： )
ア レ ル ギ ー	アレルギーはありますか なし ・ あり アレルギーの種類 (食物 スギなどの花粉 ハウスダスト その他 ) 制限されている食物名 なし ・ あり (卵 大豆 牛乳 小麦 そば その他： )
そ の 他	泣いたときに落ち着かせる方法はありますか ( ) ----- お子さんの体質、くせ、心配なこと、配慮してほしいことがありましたら具体的に記入してください