

鯉ヶ沢町病後児保育事業 登録申請書 (兼 鯉ヶ沢町母子支援センター事業登録申請書)

記入者 (保護者)	〒038-	電話番号			
	住所 鯉ヶ沢町大字				
	氏名		印 (続柄)		
児童の氏名	ふりがな	性別	生年月日		
	氏名	男・女	平成	年 月 日	
通園施設等 について	①小学校、保育所(園)、幼稚園等に通園している。		②通園していない。		
	(施設名:)		電話番号:)		
主治医	医療機関名		(電話番号)		
	担当医師				
緊急連絡先	①連絡先		電話番号		
	②連絡先		電話番号		
アレルギー体質の有・無					
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○をつけてください)					
1. 突発性発疹	9. 手足口病	16. アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)			
2. 麻疹 (はしか)	10. 伝染性紅斑 (りんご病)	17. 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)			
3. 水痘 (水ぼうそう)	11. 中耳炎	18. B型肝炎 (キャリアー ・キャリアーでない)			
4. 風疹 (三日はしか)	12. 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎)	19. 熱性けいれん			
5. 咽頭性結膜炎 (プール熱)	13. とびひ	(初回 歳、最後は 歳。これまでに 回)			
6. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	14. 湿疹	20. 食物アレルギー			
7. 百日咳	15. 喘息・喘息性気管支炎	(ミルク、卵、鶏肉、牛肉、ソバ、大豆、小麦、)			
8. ヘルパンギーナ	(毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)	21. その他			
	(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)	()			
予防接種 (これまでに受けたものの番号に○をつけ、接種年月日をご記入ください)					
1. ヒブウイルス	初回	年 月 日接種	7. 四種混合	初回	年 月 日接種
	2回目	年 月 日接種	・三種混合	2回目	年 月 日接種
	3回目	年 月 日接種		3回目	年 月 日接種
	追加	年 月 日接種		追加	年 月 日接種
2. 肺炎球菌	初回	年 月 日接種	8. ポリオ	初回	年 月 日接種
	2回目	年 月 日接種	(生ワク・不活化)	2回目	年 月 日接種
	3回目	年 月 日接種	※四種混合を接種	3回目	年 月 日接種
	追加	年 月 日接種	した方は記入不要	追加	年 月 日接種
3. 麻疹・風疹 (MR)	初回	年 月 日接種	9. 日本脳炎	初回	年 月 日接種
	追加	年 月 日接種		2回目	年 月 日接種
4. 水痘		年 月 日接種		追加	年 月 日接種
5. ロタウイルス	初回	年 月 日接種	10. BCG		年 月 日接種
	2回目	年 月 日接種	11. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		年 月 日接種
6. B型肝炎	初回	年 月 日接種	12. インフルエンザ	0歳、1歳、2歳、3歳	
	2回目	年 月 日接種		4歳、5歳、6歳、7歳	
	追加	年 月 日接種			
配慮してほしい点 (食事制限、薬物アレルギー等)					