

別記
様式第1号（第7条関係）

佐倉市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

申請者 住所
(保護者) 氏名 印
電話 (自宅) ()

佐倉市病児・病後児保育事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

児童	ふりがな			性別	生年月日
	氏名			男・女	年月日生 (歳月)
	通園(学)施設名	<input type="checkbox"/> 通園(学)している <input type="checkbox"/> 通園(学)していない(在宅等) 施設名 電話 : ()			
	かかりつけ医の医院名	電話 : ()			
	ふりがな 氏名	続柄	勤務先名・連絡先		緊急連絡先
保護者					
健康保険	記号	番号			
	保険者番号	健康保険名称			

※裏面も記入してください。

出産時の異常		なし・あり						
乳幼児の発達状況		首のすわり	歳	か月				
		おすわり	歳	か月				
		一人歩き	歳	か月				
		発語（意味のある言葉）	歳	か月				
予防接種	接種した回数にチェック☑してください							
	ヒブ(Hib)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加				
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回				
	四種混合	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回				
	三種混合	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回				
	ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回				
	BCG	<input type="checkbox"/> 1回	その他 ()	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回				
	麻しん・風しん	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期						
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	()	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回				
感染症歴	はしか：	歳	か月	水ぼうそう：	歳	か月		
	百日咳：	歳	か月	おたふくかぜ：	歳	か月		
	風しん：	歳	か月					
	その他（具体的に）：							
これまでの病気	熱性けいれん（最初は：歳か月）（最近は：歳か月）							
	ぜんそく：毎日治療している・いない・発作時だけ							
	アトピー性皮膚炎：ない・ある（治療は：内服薬・食事療法）							
	その他の病気（具体的に）：							
	(病名：歳か月ごろ) 入院：ない・ある (病名：歳か月ごろ)							
【常時服用する薬】 ぜんそく・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時服用している薬があれば、服用時間も含め具体的にお書きください。								
【アレルギー等】 かかりつけ医から食事制限の指示、体質（薬物アレルギー等）や癖など心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。								