

## 年度 病児保育施設利用登録申請書

美祢市長 様

次のとおり病児保育施設を利用したいので、登録申請をいたします。  
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

年 月 日 申請者(保護者) 氏名

児 童	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日	登録番号					
	氏名		年 齢	歳 月						
	住所(〒 - )									
	自宅電話 - -									
	お子さんの愛称									
学校・保育所等の名称 小学校 幼稚園 保育園										
かかりつけ医名 電話 - -										
保 護 者	父	氏名								
		勤務先名		TEL( ) -						
		携帯電話(緊急連絡先)								
	母	氏名								
		勤務先名		TEL( ) -						
		携帯電話(緊急連絡先)								
きょうだい	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)			
予 防 接 種	三種混合	受けた (1回 2回 3回 追加)			・ 受けていない					
	四種混合	受けた (1回 2回 3回 追加)			・ 受けていない					
	ヒブ (Hib)	受けた (1回 2回 3回 追加)			・ 受けていない					
	小児用肺炎球菌	受けた (1回 2回 3回 追加)			・ 受けていない					
	不活化ポリオ	受けた (1回 2回 3回 追加)			・ 受けていない					
	日本脳炎	受けた (1回 2回 追加 2期)			・ 受けていない					
	ポリオ (経口)	受けた (1回 2回) ・ 受けていない		BCG	受けた ・ 受けていない					
	水ぼうそう	受けた (1回 2回) ・ 受けていない		MR (麻疹・風疹)	受けた (1期 ・ 2期) ・ 受けていない					
おたふくかぜ	受けた ・ 受けていない		その他							
これまでにかかった主な感染症と病気 ※かかったものに○をつけて下さい 1 突発疹性      2 はしか                      3 風疹                      4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ      6 手足口病                      7 りんご病                      8 百日咳 9 咽頭結膜炎      10 ヘルパンギーナ                      11 熱性けいれん                      12 じんましん                      13 結核 14 喘息                      15 アトピー性皮膚炎                      16 とびひ                      17 その他 ( )										
そ の 他	体質 (アレルギー等) 慢性疾患で現在治療中、あるいは経過観察中の病気及びくせなどがありましたら具体的にお書き下さい。								市記入欄	
									減免 あり・なし	