

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  
電話 ( )

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	生年月日		
	氏名	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		
	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				
健康保険資格情報 ※マイナ保険証又は資格確認書等でご確認ください。				
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 おすわり 一人歩き 発語（意味のある言葉）	歳　　か月 歳　　か月 歳　　か月 歳　　か月		
予防接種	接種した回数にチェック☑してください			
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	水痘 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	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	おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
	五種混合	<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	
	四種混合	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	その他 ( ) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
	ヒブ(Hib)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加		<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
	BCG	<input type="checkbox"/> 1回		<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		
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。				