

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 電話： ()			
	かかりつけ医 の医院名	電話： ()			
保 護 者	ふ り が な	続柄	勤務先名・連絡先	緊急連絡先	
	氏 名				
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 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				
	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 () () ()	
	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		<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）：				
	入院：ない・ある（病名： 歳 か月ごろ） （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。					