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　　　　　　　　　　

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 | | | □通園(学)している　　□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 | | 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 | □1回　□2回　□3回 | | 水痘 | □1回　□2回 |
| B型肝炎 | □1回　□2回　□3回 | | 日本脳炎 | □1回　□2回　□追加 |
| 小児用肺炎球菌 | □1回　□2回　□3回　□追加 | | おたふくかぜ | □1回　□2回 |
| 五種混合 | □1回　□2回　□3回　□追加 | | インフルエンザ | □1回　□2回 |
| 四種混合 | □1回　□2回　□3回　□追加 | | その他  （　　　　　）  （　　　　　）  （　　　　　） | □1回　□2回　□3回  □1回　□2回　□3回  □1回　□2回　□3回 |
| ヒブ(Hib) | □1回　□2回　□3回　□追加 | |
| BCG | □1回 | |
| 麻しん・風しん | □第1期　□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。 | | | | | |