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。

<table>
<tr><td rowspan="4">児童</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生 年 月 日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　月　日生
（　歳　月）</td></tr>
<tr><td>通園(学)施設名</td><td colspan="4">□通園(学)している　□通園(学)していない(在宅等)
施設名
電話：　（　）</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医の医院名</td><td colspan="4">電話：　（　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">保護者</td><td>ふりがな
氏　名</td><td>続柄</td><td>勤務先名・連絡先</td><td>緊急連絡先</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">健康保険</td><td>記号</td><td>番号</td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td>健康保険名称</td></tr>
</table>

※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	
	ヒブ(Hib)	□1回　□2回　□3回　□追加	（　　）	□1回　□2回　□3回
	BCG	□1回	（　　）	□1回　□2回　□3回
	麻しん・風しん	□第1期　□第2期	（　　）	□1回　□2回　□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。