

水俣市病児・病後児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

水俣市長 様

申請者（保護者） 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

緊急連絡先	氏 名		続柄	緊急連絡先（勤め先等）			
				連絡先			
	携帯電話	— —		電 話	( )		
				連絡先			
				電 話	( )		
登 録 児 童	児 童 氏 名		性別	生 年 月 日			
	(ふりがな)		男・女	平成・令和 年 月 日生			
	保育園・認定こども園・幼稚園・小学校名						
かかりつけの医師 医療機関名		電 話 ( )	担当医師名:				
予 防 接 種 ( ワ ク チ ン )	Hib	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	日本脳炎	<input type="checkbox"/> なし <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"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回			
	四種混合	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回			
	三種混合	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加	B型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回			
	ポリオ	<input type="checkbox"/> なし <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"/> なし <input type="checkbox"/> 1回			
		※生ポリオの場合は2回まで		インフルエンザ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日)		
	BCG	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日)				
MR(麻しん風しん)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	その他	【 _____ 】				
こ れ ま で に か か っ た 病 気	突発性発疹	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	麻しん(はしか)	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	風しん(三日ばしか)	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	喘息・喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	川崎病	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	てんかん	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり	詳細	初回 歳 か月	最後 歳 か月	これまでの回数	回
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	詳細	種 類			
	その他	具体的に :					
出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり	詳細			出生時の体重	g	
入 院 歴	入院の経験(入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)						
	<input type="checkbox"/> なし						
薬	常時内服している薬(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください)						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【具体的に: _____】					
そ の 他	体質(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)						