

(表)

様式第1号 (第7条関係)

むつ市長

年 月 日

むつ市病児保育事業利用登録届出票

申請者名 _____

病児保育・病後児保育 (利用する事業に) 利用の登録を申請します。

保 護 者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先
			連絡先
	携帯電話 ()		電話 ()
			連絡先
			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		年 月 日 生 (歳 ヶ月)
	住所 (〒 -)		電話 ()
	通園施設等		
1 保育所等に通っている	→	施設名 _____	
2 通っていない		電話 ()	
既往歴 (今までにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください)			
1 突発性発疹		12 アトピー性皮膚炎	
2 麻疹 (はしか)		13 川崎病【心臓合併症 あり・なし】	
3 水痘 (水ぼうそう)		14 熱性けいれん	
4 風疹 (三日はしか)		【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】	
5 咽頭結膜熱 (プール熱)		【座薬の指示 あり・なし】	
6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		15 てんかん	
7 百日咳		16 食物アレルギー	
8 肺炎		【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦	
9 とびひ		その他 ()】	
10 B型肝炎		17 その他	
11 喘息・喘息様気管支炎		【具体的に _____】	
【薬の服用 毎日・不調時のみ】			

(裏)

予防接種（これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください。）	
1 三種混合 【 I期 1回目 2回目 3回目 追加】	6 日本脳炎【 I期 1回目 2回目 追加】
2 ポリオ【 1回目 2回目 】	7 水痘（水ぼうそう）
3 BCG	8 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
4 麻疹（はしか）	9 インフルエンザ 【最近受けたのは 年 月】
5 風疹（三日はしか）	10 その他【 】
かかりつけの医師 医療機関名 電話番号（ ） 担当医師名	
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。）	
1 ない	
2 ある 【 歳 ヶ月、病名 【 歳 ヶ月、病名	】
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。）	
1 ない	
2 ある 【具体的に	】
その他（薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことなど記入してください。）	