様式第１号（第７条関係）

つがる市病後児保育事業利用登録申込書

年　　月　　日

つがる市長

（保護者）住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

病後児との続柄

電話番号

病後児保育事業の利用のため、登録を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）病後児氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 　（　　歳　　月）  |
| 入所施設又は小学校名 |  | 組名又は学年 |  | 愛称 |  |
| かかりつけ医等 | 名称又は医師名所在地 |
| 同居の家族の状況 |  |  |  |
| 氏　　名 | 病後児との続柄 | 年齢 | 勤務先・学校名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

添付書類　病後児の住所を証する書類（写し）

|  |
| --- |
| ●緊急連絡先（連絡可能な順番に、ご記入ください。） |
| 1. 氏名　　　　　　　　　　病後児との続柄

勤務先　　　　　　　　　電話番号 |
| 1. 氏名　　　　　　　　　　病後児との続柄

勤務先　　　　　　　　　電話番号 |
| ●既往歴（今までにかかった病気に〇を付けてください。） |
| １　突発性発疹　　２　麻疹（はしか）　　３　風疹（三日はしか）４　水痘（みずぼうそう）　５　百日咳　　６　おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）７　結核　　８　川崎病　　９　喘息　いつもの飲み薬　あり・なし10　アトピー性皮膚炎　いつもの飲み薬　あり・なし11　熱性けいれん（ひきつけ）　　　歳　　月頃　　その他大きな手術等（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●予防接種（今までに受けたものに〇を付けてください。） |
| 定期予防接種 | １　ヒブワクチン　　　　（１回目　２回目　３回目　追加　）２　小児用肺炎球菌　　　（１回目　２回目　３回目　追加　）３　B型肝炎　　　　　　（１回目　２回目　３回目　追加　）４　四種混合　　（第１期　１回目　２回目　３回目　追加　）５　BCG６　麻疹 ・ 風疹（MR） （第１期　第２期）７　水痘　　　　（初　回　追　加）８　日本脳炎　　（第１期　１回目　２回目　第１期追加　第２期） |
| 任意予防接種 | ９　おたふくかぜ（１回目　２回目）10　インフルエンザ11　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●食物アレルギー |
| １　たまご　　２　牛乳　　３　小麦　　４　大豆　　５　米　　６　そば７　豚肉　　８　鶏肉　　９　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| ●その他　注意事項などがあればご記入ください。 |
|  |