

五所川原市病後児保育事業 利用登録用紙

※太枠内を記入してください。

登録番号		受付者		受付日		記入日		H 年 月 日		
				月 日						
登録児童	氏名(ふりがな)			性別		生年月日(年齢)				
	()					平成 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)				
	自宅住所		(〒 -)							
	自宅電話番号				通園・通学施設名					
	かかりつけ医		医療機関名				担当医		先生	
保護者	父	氏名(ふりがな)		()		携帯				
		勤務先				勤務先				
	母	氏名(ふりがな)		()		携帯				
		勤務先				勤務先				
登録希望理由		1 就労 2 疾病 3 出産 4 介護 5 その他()								
予防接種 (ワクチン)	B型肝炎		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)		<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	
	Hib		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)		<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	
			<input type="checkbox"/> 追加(年月日)							
	小児用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)		<input type="checkbox"/> 3回(年月日)	
			<input type="checkbox"/> 追加(年月日)							
	百日咳 ジフテリア 破傷風 ポリオ		四種混合DPT-IPV		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	
					<input type="checkbox"/> 3回(年月日)		<input type="checkbox"/> 追加(年月日)			
			または 三種混合DPT		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)	
					<input type="checkbox"/> 3回(年月日)		<input type="checkbox"/> 追加(年月日)			
	不活化ポリオ		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)			
			<input type="checkbox"/> 3回(年月日)		<input type="checkbox"/> 追加(年月日)					
	生ポリオ		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)			
	BCG		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 済(年月日)					
	はしか(麻疹) 風疹		MR(麻疹・風疹)		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1期(年月日)		<input type="checkbox"/> 2期(年月日)	
または はしか(麻疹) 風疹			<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1期(年月日)		<input type="checkbox"/> 2期(年月日)			
水痘		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)				
ロタウイルス		<input type="checkbox"/> 無		1価		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)		
				<input type="checkbox"/> 3回(年月日)						
		または		5価		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)		
				<input type="checkbox"/> 3回(年月日)		<input type="checkbox"/> 追加(年月日)				
おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		<input type="checkbox"/> 2回(年月日)				
インフルエンザ				昨年		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 1回(年月日)		
						<input type="checkbox"/> 2回(年月日)				
これまでの病気	出産時の異常		<input type="checkbox"/> 有		詳細					
	突発性発疹		<input type="checkbox"/> 済							
	熱性けいれん		<input type="checkbox"/> あり		これまでの回数		回			
			初回		歳 ヶ月		最後		歳 ヶ月	
			医師の指示							
	アレルギー		<input type="checkbox"/> あり		詳細					
			症状							
制限										
病名				歳 ヶ月		<input type="checkbox"/> 入院				
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にあればお書きください。									
その他	体質(薬物アレルギー等)や、心配な事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。									
病後児保育を利用したいので上記のとおり登録を申し込みます。また、実施施設が申込書の内容を利用することに同意します。										
五所川原市長										
保護者氏名										
印										