

五所川原市病児保育事業 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	年 月 日	
			月 日			
登録児童	氏名(ふりがな)		性別	生年月日		
	()			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Tel	
	母	氏名(ふりがな)	()		携帯	
		勤務先			勤務先Tel	
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)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1期(年月日)	<input type="checkbox"/> 2期(年月日)	
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)	
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、具体的で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						