

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	令和 年 月 日
			月 日		
登録児童	氏名(ふりがな)		性別	生年月日	
	()			平成・令和 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)	<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					