

## 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)	
	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 Hib感染症	五種混合	<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)				
		四種混合	<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)				
	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)					
	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)			
その他						
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 (薬物・食物)	<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、実施施設が利用登録用紙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						