

寒河江市病児・病後児保育事業登録申請書

寒河江市長 様

〒 ー

保護者 住所

氏名

㊞

（記名、押印に変えて署名でも可）

連絡先

〔自宅電話番号 () 〕

〔携帯電話番号 () 〕

次のとおり、寒河江市病児・病後児保育事業実施要綱を遵守し登録を申請します。

児童名	(ふりがな)	性別	生 年 月 日		現在通っている施設（学校）名	
		男 女	年 月 日 (歳 か月)			
かかりつけ医		() 医院・病院 () 先生 TEL				
父	氏名	緊急連絡先 TEL				
	利用理由	就労・病気又は負傷・介護・その他 ()				
	就労時間	: ~ :				
母	氏名	緊急連絡先 TEL				
	利用理由	就労・病気又は負傷・介護・その他 ()				
	就労時間	: ~ :				
登録児童以外の同居家族	氏名	続柄	生年月日	健康状態	職業（勤務先名等）	障がい
				良 不良		有・無
				良 不良		有・無
				良 不良		有・無
				良 不良		有・無
				良 不良		有・無
これまでにかかった主な感染症や病気						
1. 突発性発疹 2. 麻しん 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん（回数 回）（最後はいつ 年 月 日）（座薬の指示 有・無） 8. 喘息および喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ） 9. その他 ()						
入院したこと	ない・ある（具体的に： ()					
食事制限	ない・ある（具体的に： ()					
その他	体質（食物アレルギー・薬物アレルギー等）や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。					

（裏面もあります。）

予 防 接 種	四種混合	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	三種混合	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	H i b (ヒブ)	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	麻疹・風疹(MR)	第1期、第2期
	B C G	受けた・受けていない
	おたふくかぜ	1回 2回
	ポリオ	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	B型肝炎	1回 2回 3回
	肺炎球菌	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	水痘	1回 2回
	日本脳炎	第1期初回（1回 2回）、第1期追加、第2期
	ロタウイルス	1回 2回 (3回)

登録番号	
------	--