様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

恵那市長　　　様

住所　（〒　　　　　　）

保護者氏名

電話番号

恵那市病児保育所利用登録申請書

次のとおり、病児保育所の利用登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | | （男・女） | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　歳　　か月） |
| 通園・通学先 | | | なし・あり（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| かかりつけ医療機関 | | |  | | |
| 既往歴 | □麻しん（はしか）　□水痘（水ぼうそう）　□結核　 □風しん 　□肺炎　　　　　　□突発性発疹　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□百日咳 　□喘息 　　　　　　　□アトピー性皮膚炎 　□熱性けいれん　□りんご病　□その他（　　　　　　 　） | | | | |
| 入院歴 | | なし・あり（病名　　　　　　　　　　　　）　　　歳　　か月時 | | | |
| 予防接種 | | ヒブ　　　　　　　　　□未　□１回　□２回　□３回　□追加  小児用肺炎球菌　　　　□未　□１回　□２回　□３回　□追加  混合摂取（３種・４種）□未　□１回　□２回　□３回　□追加  ポリオ　不活性化　　　□未　□１回　□２回　□３回　□追加  ポリオ　　 生 □未　□１回　□２回  ＢＣＧ　　　　　　　　□未　□済  麻しん・風しん混合　　□未　□１回　□２回  水ぼうそう　　　　　　□未　□１回　□２回  日本脳炎　　　　　　　□未　□１回　□２回　□追加  おたふくかぜ　　　　　□未　□済  Ｂ型肝炎　　　　　　　□未　□１回　□２回　□３回  その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| アレルギー | | なし・あり（原因　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 身体障害者手帳　 なし・あり  療育手帳　 なし・あり  精神障害者保健福祉手帳　なし・あり | | | | | |
| その他心配なこと、配慮してほしいこと | | | | | |
| ※市記入欄 | | | | | |