

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	<input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
入院歴	なし・あり（病名 ） 歳 か月時		
予防接種	ヒブ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 混合摂取（3種・4種） <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ポリオ 不活性化 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ポリオ 生 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 BCG <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加 おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 B型肝炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 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			