

# 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		性別				
	( )					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) 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、具体的で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										
印										