

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					
保護者	かかりつけ医	医療機関名			担当医	先生			
	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	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日) ☐ 3回(年 月 日)							
	Hib	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日) ☐ 3回(年 月 日)							
		☐ 追加(年 月 日)							
	小児用肺炎球菌	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日) ☐ 3回(年 月 日)							
		☐ 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	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日)						
			☐ 3回(年 月 日) ☐ 追加(年 月 日)						
		または 三種混合DPT	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日)						
			☐ 3回(年 月 日) ☐ 追加(年 月 日)						
		不活化ポリオ	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日)						
		☐ 3回(年 月 日) ☐ 追加(年 月 日)							
	生ポリオ	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日)							
	BCG	☐ 無 ☐ 済(年 月 日)							
	はしか(麻疹) 風疹	MR(麻疹・風疹)	☐ 無 ☐ 1期(年 月 日) ☐ 2期(年 月 日)						
または はしか(麻疹)		☐ 無 ☐ 1期(年 月 日) ☐ 2期(年 月 日)							
風疹		☐ 無 ☐ 1期(年 月 日) ☐ 2期(年 月 日)							
水痘	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日)								
ロタウイルス	☐ 無 1価 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日) ☐ 3回(年 月 日)								
	または 5価 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日) ☐ 3回(年 月 日)								
おたふくかぜ	☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日)								
インフルエンザ	昨年 ☐ 無 ☐ 1回(年 月 日) ☐ 2回(年 月 日)								
これまでの病気	出産時の異常	☐ 有 詳細							
	突発性発疹	☐ 済							
	熱性けいれん	☐ 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	☐ あり 詳細							
		症 状							
制 限									
病 名			歳 ヶ月	☐ 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									