

神川町病後児保育利用登録申請書

(宛先) 神川町長

病後児保育の利用登録をしたいので、次のとおり申請します。

年 月 日 申請者(保護者) (自署) 氏名

児童	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 (歳 月)	年 月 日
住所	電話番号:			
保護者	氏名	続柄	勤務先名	勤務先電話番号
				携帯電話番号
緊急時 連絡先	①	{ 父・母・その他 () } の { 勤務先・携帯・その他 () }		
	②	{ 父・母・その他 () } の { 勤務先・携帯・その他 () }		
かかり つけ医	医療機関名、医師名等			電話番号:
生育 歴	妊娠中の異常: なし・あり ()			
	出生時体重:	g	在胎:	週
	首のすわり:	月	おすわり:	月
	一人歩き:	月	母親の後追い:	月
既往 歴	初語(意味のあることば): 歳 月			
	人見知り: 月 栄養法: 母乳・人工・混合 離乳食摂取期間: 月~ 月			
予 防 接 種	<input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 湿しん <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅はん(りんご病) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (回・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ (回・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (回・追加) <input type="checkbox"/> 三種混合 (回・追加) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回・追加) <input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合) (回) <input type="checkbox"/> ポリオ (回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) (回)			
	なし・あり(理由:) ※制限があるもの <input type="checkbox"/> 全卵 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他 ()			
そ の 他	児童の体質(薬物アレルギー等) やくせ等、心配なことや配慮してほしいことを記入してください。			