

第1号様式(第9条関係)

※登録番号

成田市病児・病後児保育事業利用登録・変更登録申請書
(兼登録台帳)

年 月 日

(あて先)成田市長

申請者 住所
(保護者) 氏名

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	年 月 日
児童氏名		<input type="checkbox"/> 女		(歳 ヶ月)
同居親族等の状況	氏名	続柄	勤務・所属先名称等	緊急連絡先1: 携帯電話番号等 緊急連絡先2: 勤務先等電話番号等
児童の所属	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> その他 ()			
かかりつけの医院名				
これまでの病気	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	これまでに 回 初回 歳 ヶ月, 直近 歳 ヶ月	
	ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 毎日飲んでいる <input type="checkbox"/> 発作時だけ飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない	
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(治療方法: <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法)	
	その他の病気 (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ある場合には、記載してください。	
	入院したこと (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ある場合には、記載してください。	
		【診断名】	(歳 ヶ月時)	
		治療内容等		

裏面も記載してください。

常時服用する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ぜんそく・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬がある場合には、具体的に記載してください。
その他	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因物質)
	アナフィラキシー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 歳時)
	食事の制限の必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 保育中に心配なこと、配慮してほしいことがある場合には、具体的に記載してください。
予防接種時期等	接種したことがある場合は、「受けた」を選択し、直近の接種回数を記載してください。病気にかかったことがある場合は、「かかったことがある」を選択し、直近のかかった時期を記載してください。
	五種混合 <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	四種混合 <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	三種混合 <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	ポリオ <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	Hib(ヒブ) <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	BCG <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	MR(麻しん・風しん) <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	水ぼうそう(水痘) <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	日本脳炎 <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	B型肝炎 <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
その他 ()	