

(第8条関係)

菊陽町病児・病後児保育事業登録申請書

登録番号

				年	月	日
菊陽町長 様						
下記のとおり菊陽町病児・病後児保育事業の登録を申請します。						
記						
住 所						
保護者名						
印						
電話番号() —						
児 童 氏 名		男 女	生年月日	年	月	日
				(歳	ヶ月)
保育所・小学校名			かかりつけ医			
家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	勤務先(学校・保育所)		
予 防 接 種	ヒブワクチン (Hib)		1回・2回・3回・追加			
	小児用肺炎球菌		1回・2回・3回・追加			
	B型肝炎		1回・2回・3回			
	四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)		第1期1回・2回・3回・第1期追加			
	三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)		第1期1回・2回・3回・第1期追加			
	生ポリオ	1回・2回	不活化ポリオ	1回・2回・3回・追加		
	BCG	未・済	麻しん・風疹(MR)	1期・2期		
	水痘 (水ぼうそう)	1回・2回	日本脳炎	1期 (1回・2回・追加)		
ロタウイルス	1回・2回・3回	おたふくかぜ	1回・2回			
既往歴	突発性発疹 麻しん 風疹 水痘 おたふくかぜ 熱性けいれん 百日咳 りんご病 喘息 てんかん アトピー性皮膚炎 その他 ()					
アレルギーがあるものに○をつけてください。 食べ物 (粉ミルク、牛乳、卵、小麦、大豆、そば、ゴマ) その他 ()						
出生時異常	なし・あり ()	発育・発達	ふつう・検診や通園施設で指摘有			
心配なこと、配慮してほしいこと (体質、くせ等)						