

神崎郡病児病後児保育施設利用登録届

神河町長 様

保護者氏名 _____

私は、神崎郡病児病後児保育施設利用について、下記のとおり申し込みます。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 箇月)	
住 所	〒 _____			電話番号	
通園・通学施設名				TEL	
かかりつけ医	名称	主治医名		TEL	
保 護 者	氏 名	続柄	勤務先	TEL	
	氏 名	続柄	勤務先	TEL	
緊急時の連絡先	第1連絡先 氏名		続柄	TEL	
	第2連絡先 氏名		続柄	TEL	
出生時の異常	なし ・ あり (_____)				
予 防 接 種 に つ い て	☆下記の□に☑を記入し、該当するところに○をつけてください				
	インフルエンザ菌b型(Hib)	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加済			
	小児用肺炎球菌	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加済			
	ジフテリア・ 百日せき・ 破傷風・ ポリオ	ポリオ (□生 □不活化)	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加済		
		□三種混合	未接種 ・ 1期1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加済		
		□四種混合	未接種 ・ 1期1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加済		
		□二種混合	未接種 ・ 済		
	BCG	未接種 ・ 済			
	麻しん・風しん	未接種 ・ 1期済 ・ 2期済			
	水痘(みずぼうそう)	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済			
	日本脳炎	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 追加済 ・ 2期済			
	ロタウイルス(□1価、□5価)	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済			
	おたふくかぜ	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済			
B型肝炎	未接種 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済				
その他	(_____)				
既往歴	・麻しん(はしか) ・水痘(水ぼうそう) ・風しん ・百日咳 ・てんかん ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支炎 ・流行耳下腺炎(おたふくかぜ) ・結核 ・突発性発しん ・喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・その他(_____)				

※裏面にも記入事項があります

No. _____

