

(表)

第7号様式 (第10条関係)

年 月 日

流山市病児保育事業利用登録申込書

(宛先) 流山市長

申込者(保護者) 氏名 _____ ㊟
 住 所 _____
 電 話 _____
 電話(勤務先) _____

流山市病児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

また、この流山市病児保育事業実施要綱第10条第3項の規定により申込書の内容を事業実施者に通知すること及び同要綱第17条の規定による実績報告により市が事業実施者から利用状況(利用月日・病名等)の報告を受けることに同意します。

ふりがな		性別	生年月日	年 齡	
児童名		男・女	年 月 日	歳 か月	
現在の 保育状況 (児童の所属)	通所施設名 保育園【認可・認可外()市】・幼稚園・小学校・その他()				
緊 急 連絡先	氏 名		氏 名		
	住 所		住 所		
	電 話		電 話		
	電話(勤務先)		電話(勤務先)		
	携帯電話		携帯電話		
世帯構成	氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日	職 業
課税状況	有 無 (非課税証明書を添付) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯に該当する場合はチェック			受 付 印	
備 考					
処理欄 (記入しないでください。)	写	登録番号			

周産期	出生時体重	g	妊娠中の異常	
	出生時身長	cm	出生時異常	

(裏)

かかりつけ 医療機関	名 称		主治医名			
	住 所		電 話			
予防接種	B型肝炎	① 年 月 日 ② 年 月 日 追加 年 月 日				
	ポリオ	第1回	年 月 日	第3回	年 月 日	
		第2回	年 月 日	第4回	年 月 日	
	DPT-IPV 四種混合 (三種混合)	1期	① 年 月 日② 年 月 日③ 年 月 日			
		2期	年 月 日			
	MR (麻疹・ 風疹)	①	年 月 日	耳下腺炎 (おたふく風邪)	①	年 月 日
		②	年 月 日		②	年 月 日
	ロタ	①	年 月 日	水 痘 (水ぼうそう)	①	年 月 日
		②	年 月 日		②	年 月 日
		③	年 月 日			
日本脳炎	基礎	年 月 日	BCG		年 月 日	
	追加	年 月 日				
Hib	第1回	年 月 日	第3回	年 月 日		
	第2回	年 月 日	追加	年 月 日		
肺炎球菌	第1回	年 月 日	第3回	年 月 日		
	第2回	年 月 日	追加	年 月 日		
その他						
感染症歴	麻疹(はしか)	歳	か月	百日咳	歳	か月
	耳下腺炎(おたふく風邪)	歳	か月	突発性発疹	歳	か月
	水痘(水ぼうそう)	歳	か月	その他	歳	か月
	風 疹	歳	か月	(病名)		
そ の 他	熱性けいれん	初回 歳 か月 最近 歳 か月 (過去 回程度)				
	喘息	・薬を飲んでいる {毎日(朝・夕)・発作時のみ} ・吸入をしている {毎日(朝・夕)・発作時のみ}				
	アレルギー アトピー性皮膚炎	・薬を飲んでいる ・薬を塗っている ・食事療法している(除去食品) ※食べてしまったときの症状()				
	上記以外の病気や負傷をしたことはありますか {はい(具体的に)・いいえ}					
	頭を強く打ったことがありますか {はい(具体的に)・いいえ}					
	入院したことがありますか {はい(具体的に)・いいえ}					
	常時飲んでいる薬がありますか {はい(具体的に)・いいえ}					
	薬を飲んだ後、発しんや異常が現れたことがありますか {はい(具体的に)・いいえ}					
	その他、体質やアレルギー及び癖などがありますか {はい(具体的に)・いいえ}					