

(表)

第2号様式 (第9条関係)

年 月 日

流山市病後児保育事業利用登録申込書

流山市長

様

申込者(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 住所 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_  
 電話(勤務先) \_\_\_\_\_

流山市病後児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

また、この申込書の内容を実施施設で使用する事並びに市が実施施設より利用状況(利用月日・病名等)の報告を受ける事に同意します。

ふりがな		性別	生年月日	年齢	
児童名		男・女	年 月 日	歳 か月	
現在の 保育状況	通所施設名		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)		
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)			受付 印	
備考					

(裏)

かかりつけ 医療機関	名 称		主治医名						
	住 所		電 話						
予防接種	ツベルクリン 反応	年 月 日(判定 ) BCG接種： 年 月 日							
	ポリオ	第1回	年	月	日				
		第2回	年	月	日				
	三種混合	1期	①	年	月	日	② 年 月 日③ 年 月 日		
		2期		年	月	日			
	麻 疹 (はしか)		年	月	日	耳下腺炎 (おたふく風邪)	年 月 日		
	風 疹		年	月	日	水 痘 (水ぼうそう)	年 月 日		
	日本脳炎	基 礎	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 回数程度)			
	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}									