

## 佐倉市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住所  
（保護者） 氏名 ⑩  
電話（自宅）（ ）

佐倉市病児・病後児保育事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請  
します。

児 童	ふりがな		性 別	生 年 月 日
	氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳 月)
	通園(学)施設名	<input type="checkbox"/> 通園(学)している <input type="checkbox"/> 通園(学)していない(在宅等) 施設名 電話： ( )		
	かかりつけ医 の医院名	電話： ( )		
保 護 者	ふりがな	続柄	勤務先名・連絡先	緊急連絡先
	氏名			
健康 保険	記号	番号		
	保険者番号	健康保険名称		

※裏面も記入してください。

出産時の異常	なし ・ あり					
乳幼児の発達状況	首のすわり	歳	か月	おすわり	歳	か月
	一人歩き	歳	か月	発語（意味のある言葉）	歳	か月
予防接種	接種した回数にチェック☑してください					
	ヒブ(Hib)	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
	四種混合	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
	三種混合	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
	ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	インフルエンザ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
	BCG	<input type="checkbox"/> 1回		その他		
	麻しん・風しん	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期		( )	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	
水痘	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回		( )	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回		
感染症歴	はしか：	歳	か月	水ぼうそう：	歳	か月
	百日咳：	歳	か月	おたふくかぜ：	歳	か月
	風しん：	歳	か月			
	その他（具体的に）：					
これまでの病気	熱性けいれん（最初は： 歳 か月）（最近は： 歳 か月）					
	ぜんそく：毎日治療して いる・いない・発作時だけ					
	アトピー性皮膚炎：ない・ある（治療は：内服薬・食事療法）					
	その他の病気（具体的に）：					
	入院：ない・ある	（病名： 歳 か月ごろ）		（病名： 歳 か月ごろ）		
<b>【常時服用する薬】</b> ぜんそく・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時服用している薬があれば、服用時間も含め具体的にお書きください。						
<b>【アレルギー等】</b> かかりつけ医から食事制限の指示、体質（薬物アレルギー等）や癬など心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。						