

様式第1号（第9条関係）

年 月 日

朝日町長

殿

申請者（保護者）住所
氏名

朝日町病児・病後児保育事業利用登録申請書

朝日町病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、朝日町病児・病後児保育事業の利用の登録を受けたいので申請します

		登録番号			
利用者	ふりがな			性別	男 ・ 女
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所 電話番号	〒 ()	保育所等又 は小学校名		
主治医		電話番号			
家族 の 状 況	続柄	氏名	緊急連絡先	勤務先等（電話番号）	
	父				
	母				
	その他 同居者	続柄（ ）		続柄（ ）	
		続柄（ ）		続柄（ ）	
既往歴（今までにかかった病気の該当する番号に○印を付し、〔 〕内の事項について該当があれば必要事項を記入すること。）					
1	突発性発疹	12	喘息・喘息性気管支炎〔薬の服用 毎日・不調時に〕		
2	麻疹（はしか）	13	アトピー性皮膚炎		
3	水痘（水ぼうそう）	14	川崎病〔心臓合併症 有 ・ 無〕		
4	風しん（三日ばしか）	15	熱性けいれん〔最近 月 日 ・ これまで 回〕		
5	おたふくかぜ	〔座薬等の指示 有 ・ 無〕			
6	百日咳				
7	ヘルパンギーナ	16	てんかん〔座薬等の指示 有 ・ 無〕		
8	肺炎	17	食物アレルギー〔牛乳 卵 牛肉 鳥肉 そば 落花生		
9	とびひ	大豆 小麦 その他（ ）〕			
10	〔A B C〕肝炎（キャリア含）	18	その他〔具体的に： 〕		
11	咽頭結膜炎（プール熱）				
予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に○印を記入				
	1 四種混合	6 おたふくかぜ	11 インフルエンザ菌 b 型（hib）		
	2 BCG	7 B型肝炎（HBV）	12 その他		
	3 麻疹・風疹（MR）	8 ロタ			
	4 日本脳炎	9 小児肺炎球菌			
	5 水ぼうそう	10 インフルエンザ			
入院歴			常時内服薬		
病名（ ） 病院名（ ）（ ）歳			処方病院名		
病名（ ） 病院名（ ）（ ）歳			（ ）		
乳児期の発達	首のすわり（ か月） おすわり（ か月） 一人歩き（ か月） 栄養法（母乳 ・ 混合 ・ 人工）				