

第1号様式(第9条関係)

※登録番号

成田市病児・病後児保育事業利用登録・変更登録申請書  
(兼登録台帳)

—

年 月 日

(あて先)成田市長

申請者 住所  
(保護者) 氏名

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	年 月 日
児童氏名		<input type="checkbox"/> 女		( 歳 ヶ月)
同居親族等の状況	氏名	続柄	勤務・所属先名称等	緊急連絡先1: 携帯電話番号等 緊急連絡先2: 勤務先等電話番号等
児童の所属	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> その他 (       )			
かかりつけの医院名				
これまでの病気	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	これまでに 回 初回 歳 ヶ月, 直近 歳 ヶ月	
	ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 毎日飲んでいる <input type="checkbox"/> 発作時だけ飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない	
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(治療方法: <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法)	
	その他の病気 (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ある場合には, 記載してください。	
	入院したこと (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ある場合には, 記載してください。 【診断名】 ( 歳 ヶ月時) 治療内容等	

裏面も記載してください。

事務記載欄 (記載不要です。)

	LY07	TY03
	利 免	利 免

常時服用する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ぜんそく・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬がある場合には、具体的に記載してください。
その他	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因物質 ) アナフィラキシー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 歳時 ) 食事の制限の必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 保育中に心配なこと、配慮してほしいことがある場合には、具体的に記載してください。
予防接種時期等	接種したことがある場合は、「受けた」を選択し、直近の接種回数を記載してください。病気にかかったことがある場合は、「かかったことがある」を選択し、直近のかかった時期を記載してください。
Hib(ヒブ)	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
四種混合	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
三種混合	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
ポリオ	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
BCG	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
MR(麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
水ぼうそう(水痘)	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 受けた ( 回 ) <input type="checkbox"/> かかったことがある ( 歳 カ月 )
その他 ( )	