

大洲市病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

大洲市長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	年 月 日 歳 か月
保 護 者	父・氏名	(歳)	お子さんの愛称	
	母・氏名	(歳)		
	自宅住所 自宅電話	(〒 -) ()		
きょうだい	歳 (男・女) ・ 歳 (男・女) ・ 歳 (男・女)			
緊 急 連 絡	父	携帯 ()	勤務先名:	TEL ()
	母	携帯 ()	勤務先名:	TEL ()
通園施設名				電話: -
かかりつけ医				電話: -
出生体重	g		出生時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
予 防 接 種	1回目 2回目 3回目 4回目(最終接種日)		1回目 2回目 3回目 4回目(最終接種日)	
	四種混合 ※	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	二種混合 (DT)	<input type="checkbox"/> ()	B型肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	インフルエンザ菌 b型 (Hib)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	麻しん・風しん (MR)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	BCG	<input type="checkbox"/> ()	水痘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()		
	インフルエンザ	0歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12歳 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()		
コロナ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	その他 ()		
感 染 症 等	◆これまでにかった主な感染症や病気 ～かった病気に○をつけてください～ 1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん (回数 回) ※最後はいつですか (年 月 日) ※座薬の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 8. 喘息及び喘息様気管支炎 9. その他 ()			
常時服用している薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に:)			

裏もあります。

