

様式第4号（第11条関係）

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	(〒 ー) ()			
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)	
	五種混合※1	<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"/> ()
	四種混合※2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	B型肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	二種混合(DT)	<input type="checkbox"/> ()	麻しん・風しん (MR)	<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"/> ()	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	水痘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()
	BCG	<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□□ 1歳□□ 2歳□□ 3歳□□ 4歳□□ 5歳□□ 6歳□□ 7歳□□ 8歳□□ 9歳□□ 10歳□□ 11歳□□ 12歳□□ ()		
	コロナ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ()	その他 ()	
感 染 症 等	<p>◆これまでにかかった主な感染症や病気 ～かかった病気に○をつけてください～</p> <p>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 ()</p>			
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。

アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <p>◆アレルギーのものは「○」印、食べたことが無いものには「△」印をお願いします。</p> <p>小麦 ・ 大豆 ・ 卵 ・ マヨネーズ ・ 牛乳 ・ バナナ ・ キウイ ・ そば ハチミツ ・ ピーナツ ・ エビ ・ カニ ・ その他 ()</p>
	<p>◆食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。</p>
その他	<p>◆体質（薬物アレルギー等）・くせ等ご心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。</p>

※1 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ感染症

※2 ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ

記入した個人情報を、病児保育事業を実施する施設で使用することに同意します。

