

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

益田市病児保育事業事前登録申請書

益田市長 様

申請者 住所  
氏名

印

病児保育事業の利用登録について、益田市病児保育事業実施要綱第7条第1項の規定により、以下のとおり申請します。

併せて、市が行う世帯の課税状況、生活状況等に関する調査、及び実施施設への情報提供に同意します。

児 童	ふりがな 氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	
	住 所			電話番号	( ) -	
	愛 称			在所園		
	かかりつけ医					
保 護 者	父	ふりがな 氏 名				
		勤 務 先	TEL( ) -			
		緊急時連絡先				
	母	ふりがな 氏 名				
		勤 務 先	TEL( ) -			
		緊急時連絡先				
兄弟姉妹	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
周 産 期	妊娠中の異常	なし ・ あり ( )				
	出産時の異常	なし ・ あり ( )				
	出生時体重 (出産時に異常があった場合のみ記入)	( ) g				
発 育 状 況	首のすわり	ヵ月	おすわり	ヵ月	ひとり歩き	ヵ月
	栄 養 法	(現在授乳中の方のみ記入) 母乳 ・ 人工 ・ 混合				
	離乳食開始	前期 ( ) ヵ月 ・ 中期 ( ) ヵ月 ・ 後期 ( ) ヵ月 幼児食 ( ) 歳 ( ) ヵ月				
予 防 接 種	種 類		受けた回数に○			
	ヒブ (H i b)		1回、2回、3回、追加			
	小児肺炎球菌		1回、2回、3回、追加			
	四種混合 (D P T - I P V)		1回、2回、3回、追加			
	三種混合 (D P T)		1回、2回、3回、追加			
ポリオ		1回、2回				

	不活化ポリオ	1回、2回、3回、追加
	B C G	1回
	麻疹[はしか]・風疹(MR)	1期、2期
	日本脳炎	1回、2回、追加
	水痘[みずぼうそう]	1回、2回
	ロタウイルス	1回、2回、(3回)
	おたふくかぜ	1回、2回
	その他( ) ( )	
感染症歴	・はしか( )歳( )ヵ月                      ・水ぼうそう( )歳( )ヵ月 ・風しん( )歳( )ヵ月                      ・おたふくかぜ( )歳( )ヵ月 ・突発性発疹( )歳( )ヵ月                  ・手足口病( )歳( )ヵ月 ・その他(具体的に)	
これまでの病気	熱性けいれん	初回( )歳( )ヵ月 最後は( )歳( )ヵ月、これまでに( )回
	喘息 喘息様気管支炎	毎日薬を( )飲んで( )いない・発作時だけ 毎日吸入療法を( )している・していない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある(治療は( )内服薬・外用薬・発作時だけ)
	その他の病気 (具体的に)	
	入院歴	ない・ある(病名( )歳( )ヵ月)
常時内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば、具体的に記入してください(内服時間も)。	
食 事	食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的に記入してください。	
そ の 他	体質(薬物アレルギー等)や癖など、心配なこと・配慮してほしいことについて、具体的に記入してください。	

-----  
 ※市記入欄(記入不要)

生活保護	市町村民税	負担額
該当・非該当	課税・非課税	円