

様式第1号（第6条第1項）

八街市病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

八街市長 北村 新司 様

申請者 住所
 (保護者) 氏名 ⑩
 電話

八街市病後児保育事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		性別 男・女	生年 月日	年 月 日生 (歳 月)	
体 重	g ・ kg		身 長	c m	
通学（園）施設名	電話 ()				
かかりつけ医の 医院名	電話 ()				
保 護 者	氏 名	続柄	勤務先名	連絡先	緊急連絡先
健 康 保 険	記号		番号		
	被保険者氏名		健康保険名称		
出産時の異常	なし ・ あり				

乳幼児の発達 状況	首のすわり	歳	か月
	おすわり	歳	か月
	一人歩き	歳	か月
	発語（意味のある言葉）	歳	か月
予 防 接 種	四種混合（DPT-IPV）：I期1回・2回・3回・I期追加 三種混合（DPT）：I期1回・2回・3回・I期追加 ポリオ（生ワクチン／不活化ワクチン）：1回・2回・3回・追加 麻しん風しん混合ワクチン（MR）：I期・II期 日本脳炎：I期1回・2回・追加 Hib：初回1回・2回・3回・追加 小児用肺炎球菌：初回1回・2回・3回・追加 BCG 水痘（水ぼうそう）：1回・2回 流行性耳下腺炎（おたふく） インフルエンザ（当年度）：1回・2回 その他（ロタウィルス・B型肝炎・		
感 染 症 歴	はしか： 歳 か月	水ぼうそう： 歳 か月	
	百日咳： 歳 か月	おたふくかぜ： 歳 か月	
	風しん： 歳 か月		
	その他（具体的に）：		
病 歴	熱性けいれん：（最初は 歳 か月）（最近は 歳 か月） ぜんそく：毎日治療して いる・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・食事療法） その他の病気（具体的に）： 入院：ない・ある（病名： 歳 か月頃） （病名： 歳 か月頃）		
【常時服用する薬】			
【アレルギー等】			

注 本利用申請書は、登録承認後、市が事業を委託している実施施設にも送付します。