

様式第1号 (第10条関係)  
 (用紙 日本工業規格A4縦型)

菊川市病後児保育利用児童登録申請書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

記入者 (保護者)	〒 -		電話番号 ( )		
	住所				
児童の氏名	氏名		⑨ (続柄 )		
	ふりがな	性別 男・女	生年月日	年 月 日	
通園施設	施設名	電話番号 ( )			
かかりつけ医	医療機関名	電話番号 ( )			
緊急連絡先①	住所	電話番号 ( )			
	氏名	(続柄 )			
緊急連絡先②	住所	電話番号 ( )			
	氏名	(続柄 )			
アレルギー体質の有無 (乳製品、卵、そば、大豆、小麦、その他 ( ))					
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○を付けて下さい)					
1	突発性発疹	10	ぜん息・ぜん息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)		
2	麻疹 (はしか)		(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)		
3	水痘 (水ぼうそう)	11	アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)		
4	風疹 (三日ばしか)	12	川崎病 (心臓合併症 あり・なし)		
5	いん頭性結膜炎 (プール熱)	13	熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)		
6	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	14	その他 ( )		
7	百日咳				
8	伝染性紅斑 (りんご病)				
9	異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎)				
予防接種 (これまでに受けたものの番号に○を付け、接種年月を記入してください)					
1	BCG	年 月 接種	6	小児肺炎球菌	1回目 年 月 接種
2	三種混合又は 二種混合	1回目 年 月 接種			2回目 年 月 接種
		2回目 年 月 接種			3回目 年 月 接種
		3回目 年 月 接種			追 加
3	麻疹・風疹 (MR)	年 月 接種	7	日本脳炎	1回目 年 月 接種
		追 加 年 月 接種			2回目 年 月 接種
4	ポリオ	1回目 年 月 接種			追 加 年 月 接種
		2回目 年 月 接種	8	流行性耳下腺 (おたふくかぜ)	年 月 接種
5	インフルエンザ菌 b 型	1回目 年 月 接種	9	水痘 (水ぼうそう)	年 月 接種
		2回目 年 月 接種	10	インフルエンザ	0歳 1歳 2歳
		3回目 年 月 接種			3歳 4歳 5歳
	追 加 年 月 接種				
配慮してほしい点 (食事制限、薬物アレルギー等)					

※予防接種は母子健康手帳の予防接種の記録欄のコピーでも可