様式第１号（第７条関係）

年　月　日

大町市病児・病後児保育事業登録申請書

大町市長　殿

下記のとおり保育の登録を申請します。

登録児童	フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日（　歳　ヶ月）
			性別	男・女　｜通所施設名｜
			かかりつけ医	無・有（　　　）
	申請者		自宅住所	〒

	続柄	氏名	勤務先・保護者連絡先
家族構成			勤務先名称：　　電話番号： 携帯電話番号：
			勤務先名称：　　電話番号： 携帯電話番号：
			勤務先名称：　　電話番号： 携帯電話番号：
			勤務先名称：　　電話番号： 携帯電話番号：
新生児期	出生時の異常　無・有（　　　）		

予防接種	三種・四種・五種混合	未・１回目済・２回目済・３回目済・追加済
	ポリオ	未・１回目済・２回目済・３回目済・４回目済
	ヒブワクチン（Ｈｉｂ）	未・１回目済・２回目済・３回目済・４回目済
	Ｂ型肝炎	未・１回目済・２回目済・３回目済
	肺炎球菌	未・１回目済・２回目済・３回目済・４回目済
	ＢＣＧ	未・済
	麻しん風しん混合（ＭＲ）	未・１期済・２期済
	水ぼうそう	未・１回目済・２回目済
	日本脳炎	未・１期１回目済・１期２回目済・１期３回目済
	その他接種したもの（　　　）（　　　）	

病歴	□突発性発疹　□麻しん（はしか）　□風しん　□水ぼうそう　□おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）
	□熱性けいれん（初回　歳　ヶ月／最終　歳　ヶ月）（累計発症回数　回）
	□喘息　（継続治療中（薬・吸入）・悪化時のみ治療）
	□喘息様気管支炎　（継続治療中（薬・吸入）・悪化時のみ治療）
	□アトピー性皮膚炎（治療方法：内服薬・食事療法）
	□その他（病名：　歳　ヶ月／病名：　歳　ヶ月）

アレルギー	食物　無・有（除去食：　　　）		
	薬物　無・有（　　　）	その他　無・有（　　　）	
入院歴	無・有（病名：　歳　ヶ月／病名：　歳　ヶ月）		
常時内服薬	無・有（　　　）	常時使用軟膏	無・有（　　　）
その他	初めての場所、初めての保育者となります。お子様が安心して過ごせるように、心配なことや必要な配慮があれば具体的に記入してください。		