

八幡浜市病児・病後児保育事業 利用登録申請書

登録番号				年 月 日 記入
ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	〒 八幡浜市		自宅TEL	
保護者 連絡先	氏名	続柄	勤務先名	緊急連絡先 (携帯等)
兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
通所施設	() 保育所・幼稚園・小学校 (年 組)・その他			
かかりつけ医	病院名		TEL	
協力医 (みかんこどもクリニック) 受診歴	有・無			
健康保険証	記号	番号	保険者番号	
出生時の状況	出生時体重	g	妊娠週数	週
発育・発達	発育・発達で気になることはありませんか? (言葉の遅れなど)			
	気になることはない ・ 少し遅れていると思う ・ わからない ()			
予防接種	H i b (ヒブ) 未・1回・2回・3回・追加		B C G 未・済	
	小児肺炎球菌 未・1回・2回・3回・追加		麻しん・風しん 未・1期・2期	
	B型肝炎 未・1回・2回・3回		水痘 未・1回・2回	
	ロタウイルス 未・1回・2回・3回		日本脳炎 未・1回・2回・3回・4回	
	四種混合1期 未・1回・2回・3回・追加		おたふくかぜ 未・1回・2回	
	その他の予防接種 ()			
感染症歴	<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 風しん (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳		<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> B型肝炎 (キャリアーで ある・ない) <input type="checkbox"/> その他 ()	
熱性けいれん	無 ・ 有 (初回: 歳 か月 最終: 歳 か月) これまでに 回			

※ 裏面にもご記入ください

