

八幡浜市病児・病後児保育事業 利用登録申請書

登録番号				令和 8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		五種混合1期 未・1回・2回・3回・追加	
	小児肺炎球菌 未・1回・2回・3回・追加		BCG 未・済	
	B型肝炎 未・1回・2回・3回		麻しん・風しん 未・1期・2期	
	ロタウイルス 未・1回・2回・3回		水痘 未・1回・2回	
	四種混合1期 未・1回・2回・3回・追加		日本脳炎 未・1回・2回・3回・4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

