別記様式第1号(第8条関係)

杵築市病児保育事業児童登録申請書

杵築市長　様　　平成　　年　　月　　日

以下のとおり、事業利用にともなう登録を申請します。

(フリガナ) 子ども氏名		男・女	生年月日 平成　　年　　月　　日(　　歳) 愛称(　　)
住　　所 保護者氏名	杵築市 ㊞　続柄(　　)TEL(　　)　－		
利用区分	右記の番号を記入ください	①市内に住所を有する児童 ②市外に住所を有するが、保護者が杵築市内の事業所に勤務している児童 ③市外に住所を有する②以外の児童	

緊急連絡先：必ず２ケ所記入をして下さい。勤務先の場合は、勤務先名・部署名まで記入をお願いします。

①　続柄(　　)TEL(　　)　－

②　続柄(　　)TEL(　　)　－

就園・就学先(　　)保育園・幼稚園・小学校

現病歴	通院している ・病院名 ・病　名 ・期　間 ・現在服薬中の薬 (　　) (　　)	既往歴	※ヶ月・才を○で選んで記入してください。 突発性発疹(　　ヶ月・才)　おたふく(　　ヶ月・才) 百日咳　(　　ヶ月・才)　水　痘(　　ヶ月・才) 麻　診　(　　ヶ月・才) ひきつけ(熱性けいれん　　才　・　他のけいれん　　才) じんましん　　喘息 その他(　　)

予防接種

①ＢＣＧ　②ポリオ(1・2)　③単独不活化ポリオ(1・2・3・追加)
④三種混合(1期初回　1・2・3、1期追加)　⑤四種混合(1・2・3、1期追加)
⑥ＭＲ(1期・2期)　⑦水痘　⑧おたふくかぜ　⑨日本脳炎(1期初回　1・2　、1期追加・2期)
⑩Ｈｉｂワクチン(1・2・3・追加)　⑪肺炎球菌ワクチン(1・2・3・追加)　⑫その他

かかりつけ医	病院名 病院名	その他	性格 好きな遊び
薬の使用	定期通院により常時服用している薬がありますか？ はい・いいえ 病名(　　) 薬名(　　)	アレルギー	食べ物　[　　]　ハウスダスト　[　　] 薬　物　[　　]　その他　[　　]

※市記入欄	
登録番号	

※登録申請書は必要事項を記入のうえ、杵築市役所の各庁舎のいずれかの窓口まで提出してください。
○杵築庁舎　１階　福祉窓口
○山香庁舎　２階　子ども子育て支援課
○大田庁舎　１階　大田振興課