

(表)

様式第1号(第7条関係)

むつ市長

年 月 日

むつ市病児保育事業利用登録届出票

申請者 (保護者)	保護者氏名	続柄	緊急連絡先
			連絡先
	携帯電話 ()		電話 ()
			連絡先
	携帯電話 ()		電話 ()

登録 児 童	児童氏名	性別	生年月日
	ふりがな		年 月 日 生 (歳 ヶ月)
	住所(〒 -)		電話 ()
	通園施設等		
	1 保育所等に通っている		施設名 _____
	2 通っていない		電話 ()
	既往歴(今までにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください)		
1 突発性発疹	12 アトピー性皮膚炎		
2 麻疹(はしか)	13 川崎病【心臓合併症 あり・なし】		
3 水痘(水ぼうそう)	14 熱性けいれん	【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】	
4 風疹(三日はしか)		【座薬の指示 あり・なし】	
5 咽頭結膜熱(プール熱)	15 てんかん		
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	16 食物アレルギー	【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 くるみ ピーナッツ その他 ()】	
7 百日咳	17 その他	【具体的に _____】	
8 肺炎			
9 とびひ			
10 B型肝炎			
11 喘息・喘息様気管支炎			
【薬の服用 毎日・不調時のみ】			

(裏)

予防接種 (これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください。)	
1 三種混合 【 I期 1回目 2回目 3回目 追加】 四種混合 【 I期 1回目 2回目 3回目 追加】	6 日本脳炎【 I期 1回目 2回目 追加】 7 水痘 (水ぼうそう) 8 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 9 インフルエンザ 【最近受けたのは 年 月】
2 ポリオ【 1回目 2回目 】 3 BCG 4 麻疹 (はしか) 5 風疹 (三日はしか)	10 その他【 】
かかりつけの医師 医療機関名 電話番号 () 担当医師名	
入院の経験 (入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。) 1 ない 2 ある 【 歳 ヶ月、病名 【 歳 ヶ月、病名	
常時内服している薬 (常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。) 1 ない 2 ある 【具体的に	
その他 (薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことなど記入してください。)	