

病 児 一 時 預 り 事 業 登 録 申 請 書

平成 年 月 日

筑 後 市 長 様

次のとおり病児一時預り事業を利用したいので、登録申請をいたします。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

ふりがな			生年月日	平成 年 月 日	登録番号
氏 名		男・女	年 齡	____歳____月	
保 護 者	父：氏名			お子さんの愛称	
	母：氏名				
	自宅住所（〒 - ）			自宅電話 - -	
きょうだい	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）	
緊 急 連 絡 先	父	1（電話	勤務先名	ちっこハウスまでの所要時間 車で 分）	
		2（携帯電話		）	
	母	1（電話	勤務先名	ちっこハウスまでの所要時間 車で 分）	
		2（携帯電話		）	
学 校 等 の 名 称	小学校 保育園 保育園				
か かり つ け 医 名	電話 - -				
予 防 接 種	三種混合	受けた（1期 1回 2回 3回 1期追加）・受けていない			
	ヒ ブ ^(※1)	接種済・接種途中（1回 2回 3回 追加1回）・受けていない			
	肺炎球菌 ^(※2)	接種済・接種途中（1回 2回 3回 4回）・受けていない			
	B C G	受けた・受けていない	ポ リ オ	受けた（1回・2回）・受けていない	
	水ぼうそう	受けた・受けていない	MR（麻疹風疹混合）	受けた（1回・2回）・受けていない	
	おたふくかぜ	受けた・受けていない			
<small>(※1)ヒブ：初回接種月齢 生後2ヶ月～6ヶ月（初回3回+追加1回）・7ヶ月～11ヶ月（初回2回+追加1回）・満1才～4才（1回）・5才以上（接種不可） (※2)肺炎球菌：初回接種月齢 生後2ヶ月～6ヶ月（4回）・7ヶ月～11ヶ月（3回）・1才（2回）・2才～9才（1回）・10才以上（接種不可）</small>					
これまでにかかった主な感染症と病気 ※かかったものに○をつけて下さい 1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜炎 10 ヘルパンギーナ 11 熱性けいれん 12 じんましん 13 結核 14 喘息 15 アトピー性皮膚炎 16 とびひ 17 その他（ ）					
そ の 他	体質（アレルギー等） 慢性疾患で現在治療中、あるいは経過観察中の病気、及びくせなどがありましたら具体的にお書き下さい。				