

病児一時預り事業登録申請書

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				登録番号	
氏名	男・女	生年月日	年 月 日		
		年齢	____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 保 育 所	等の名称 小学校 幼稚園 保育園 保育所				
かかりつけ医名	電話 - -				
予 防 接 種 （接種済のものを お書きください）	四種混合	受けた（ 1回 2回 3回 追加1回 ）・ 受けていない			
	ヒブ	受けた（ 1回 2回 3回 追加1回 ）・ 受けていない			
	肺炎球菌	受けた（ 1回 2回 3回 4回 ）・ 受けていない			
	BCG	受けた ・ 受けていない			
	水ぼうそう	受けた（ 1回 2回 ） ・ 受けていない			
	おたふくかぜ	受けた（ 1回 2回 ） ・ 受けていない			
	ポリオ	受けた（ 1回 2回 ） ・ 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			
	B型肝炎	受けた（ 1回 2回 3回 ） ・ 受けていない			
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。				