

様式第1号 (第5条関係)

病児・病後児保育登録申請書

年 月 日

利府町長 殿  
(実施施設経由)

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

男 女	愛称	生年月日 年 月 日生 ( 歳 か月)
住 所 Tel		
保育所等名 Tel		
世帯 の 状 況	父・氏名	勤務先 Tel
	母・氏名	勤務先 Tel
	同居家族 (氏名 続柄 ) (氏名 続柄 ) (氏名 続柄 ) (氏名 続柄 ) (氏名 続柄 ) (氏名 続柄 )	
健康保険証番号	記号 番号	保険者番号
緊急連絡先 Tel		
家庭医	病・医院名 医師名	Tel
生 育 歴	妊娠中の異常 なし・あり ( ) 出生時体重 ( g ) 出産は (予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週) 出産時の異常 なし・あり ( ) 首のすわり ( か月) おすわり ( か月) 一人歩き ( か月) 栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食開始時期 (前期: か月) (中期: か月) (後期: か月) (幼児食: 歳 か月) 人見知り ( か月) 母親の後追い ( 歳 か月) 話し始め (意味のある言葉) ( 歳 か月)	
既往 歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ( )	
食 事	嫌いな食べ物 ( ) アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類 その他 ( )	
そ の 他	注意事項	

予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

BCG	未 ・ 済
ポリオ (生ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ (単独 ・ 不活化ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
〔 ・ 麻しん単抗原 〕	〔 未 ・ 第1期 ・ 第2期 〕
〔 ・ 風しん単抗原 〕	〔 未 ・ 第1期 ・ 第2期 〕
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回