

病児・病後児保育登録申請書

大衡村長 宛

年 月 日 記入

記入者名 _____

フリガナ 児童氏名	男 女	生年月日 年 月 日生 (歳 か月)
住所 〒 大衡村		TEL
保育所等名 TEL		お子さんの愛称
家族 の 状 況	父・氏名	勤務先 TEL
	母・氏名	勤務先 TEL
	同居親族氏名・続柄	
健康保険証番号	記号 番号	保険証番号
緊急連絡先	TEL	
家庭医	病・医院名 医師名	TEL
生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 生活保護を受給している ※該当者は <input type="checkbox"/> を付け、「生活保護受給証明書」を添付してください	
生 育 歴	※未就学児のお子さんのみ記載願います。 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) 初語(意味のある言葉) (歳 か月)	
既往症	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) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑(りんご病) 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他 ()	
食品	嫌いな食べ物 アレルギー等で制限している食品があればお答えください。 ・制限されている食品名: 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(常用している薬や疾病等)	

※予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

様式第1号(第7条関係)

予 防 接 種	インフルエンザ菌b型(Hib)	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	4回
	小児用肺炎球菌	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	4回
	B型肝炎(HBV)	未	・	1回	・	2回	・	3回		
	四種混合(DPT-IPV)	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	1期追加
	BCG	未	・	済						
	麻しん・風しん(MR)	未	・	1回	・	2回				
	水痘(水ぼうそう)	未	・	1回	・	2回				
	日本脳炎	未	・	1回	・	2回	・	1期追加	・	2期1回
	ロタウイルス(1価)	未	・	1回	・	2回				
	ロタウイルス(5価)	未	・	1回	・	2回	・	3回		
	ポリオ(生ワク)	未	・	1回	・	2回				
	ポリオ(不活化)	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	4回
	三種混合(DPT)	未	・	1回	・	2回	・	3回	・	4回
	二種混合(DT)	未	・	2期1回						
	おたふくかぜ	未	・	1回	・	2回				