様式第１号

　平成　　年　　月　　日

大槌町病後児保育事業利用登録申込書

　大槌町長　宛て

申請者（保護者）　住　所　大槌町

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

電　話

　大槌町病児保育事業の利用と登録を次のとおり申請します。

　また、利用決定に関して世帯の課税状況等を調査すること及び利用に関して実施施設に本書の写しを送付することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生年月日 | 年　齢 |
| 児童氏名 |  | 男・女 | 年　月　日 | 歳　　か月 |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名　　　　　　　　　担当医　　　　　　　住所　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　 | 緊急連絡先 | ①緊急連絡先 | ②緊急連絡先 |
| 氏名　　　　　　　　続柄　　　電話（自宅）　　　　　　　　　　電話（勤務先）　　　　　　　　　　 | 氏名　　　　　　　　続柄　　　電話（自宅）　　　　　　　　　　電話（勤務先）　　　　　　　　　　 |
| 予防接種 | （○で囲んでください。）【定期】ＢＣＧ／ポリオ（生①・②／不活化①・②・③・追加）　三種混合（初回①・②・③・追加）　／　四種混合（初回①・②・③・追加）　ＭＲ（麻しん・風しん）（①・②）　／　ヒブ（初回①・②・③・追加）　肺炎球菌（初回①・②・③・追加）　／　水ぼうそう（①・②）　日本脳炎（初回①・②・追加・２期）　／　Ｂ型肝炎（初回①・②・③）【任意】おたふくかぜ（①・②）　／　ロタウィルス（①・②・③）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴 | （○で囲んでください。）麻しん　・　風しん　・　水ぼうそう　・　おたふく風邪　・　百日咳熱性けいれん　・　てんかん　・　喘息　・　突発性発疹その他かかりやすい病気（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 食事　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）薬　　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）環境　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保育をする際の注意事項 |  |