

(表面)

様式第1号 (第7条関係)

筑紫野市病児保育事業登録申込書

(登録番号)

子どもの 名前・性別	ふりがな 氏名 性別 男・女	生年月日	年 月 日
在園保育所 学校等	名称 電話番号 () -		
かかりつけ の病院・ 医院名等	病院・医院の名称 担当医氏名 電話番号 () -		
健康保険 被保険者 番号	保険の種類 国民健康保険・社会保険・その他 () 記号 番号 保険者番号		
保護者氏名 住所等	父	母	
	ふりがな 氏名 住所 連絡先(携帯電話等) - - 勤務先名称 勤務先電話番号 - -	ふりがな 氏名 住所 連絡先(携帯電話等) - - 勤務先名称 勤務先電話番号 - -	
その他 緊急連絡先	ふりがな 氏名 続柄 電話番号 () -		
	ふりがな 氏名 続柄 電話番号 () -		
	ふりがな 氏名 続柄 電話番号 () -		
	ふりがな 氏名 続柄 電話番号 () -		

(裏面)

済ませた予防接種に○をつけて下さい。

- ・ヒブワクチン () 回
- ・小児用肺炎球菌ワクチン () 回
- ・BCG
- ・四種混合もしくは三種混合 1期 (1・2・3・追加)
- ・麻疹風疹 1期・2期
- ・ポリオ (初回・追加)
- ・日本脳炎 1期 (1・2・追加)
- ・ロタウイルス
- ・水ぼうそう
- ・おたふくかぜ
- ・その他 ()

これまでにかかった主な感染症と病名 ※かかった病気の番号に○をつけてください。

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 (病名)

これまでの成長発達について

1. 出生時体重 () g
2. 乳児期の栄養は、(母乳、混合栄養、ミルク)
3. 運動発達は、順調でしょうか? (母子手帳に書いてある月令に応じた発育・運動発達はしていますか?)
(はい ・ 気になるところ)
4. アレルギーについて (あり ・ なし)
喘息 アトピー性皮膚炎 じんましん アレルギー性鼻炎 薬疹
(食べ物: ミルク ・ たまご ・ ソバ ・ その他)

子どもについて、心配なことがあれば、具体的にお書きください。

筑紫野市病児保育事業実施規則第7条の規定により登録します。

また、この事業の実施にあたり、関係施設、関係市町村へ情報提供することに同意します。

なお、利用者負担額の決定に際し、生活保護受給の確認及び住民基本台帳、市民税・県民税課税台帳の閲覧をされることについて異存ありません。

年 月 日

(宛先)

筑 紫 野 市 長

保護者氏名

利用者 負担額	年度	年度	年度	年度	年度	年度
	円	円	円	円	円	円