

登録番号	
------	--

病児保育事業利用登録申請書

沼田市長 様

年 月 日

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

病児保育事業の登録をしたいので、沼田市病児保育事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

登録児童	ふりがな 児童氏名	愛称		性別	生年月日				
				男・女	年 月 日（ 歳 か月）				
	児童の兄弟	歳	男・女	歳	男・女	歳	男・女	歳	男・女
	通園・通学施設	市町村名		施設名		電話番号			
	かかりつけ医	医療機関名				（ ）先生			
新生児期	出生時の異常	有・無		発育・発達	普通・少し遅れている・分からない				
予防接種	該当するものを○で囲んでください。								
	ヒブ	1回・2回・3回・追加		肺炎球菌	1回・2回・3回・追加				
	四種混合	I期1回・2回・3回・I期追加		二種混合	受けた				
	三種混合	I期1回・2回・3回・I期追加		※三種混合接種済みの方は、下のポリオについても記入してください。					
	ポリオ（不活化）	1回・2回・3回・4回		HBワクチン	1回・2回・3回				
	BCG	受けた		日本脳炎	1回・2回・追加・2期				
	水ぼうそう	1回・2回		おたふくかぜ	1回・2回				
麻疹・風疹	1回・2回		ロタウィルス	1回・2回・3回					
これまでにかかった感染症・病気（○を付けてください。）									
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 熱性けいれん（回数 回、最後にかかった日 年 月 日、座薬の指示 有・無、内容 7 アトピー性皮膚炎    8 喘息及び喘息様気管支炎（治療中・悪化時のみ） 9 その他（ ）									
過去の入院歴	無								
	有（病名 / 歳 か月）（病名 / 歳 か月）								
	有（病名 / 歳 か月）（病名 / 歳 か月）								
常時使用している薬	無・有（具体的に ）								
食事制限	無・有（具体的に ）								
その他（体質やアレルギー、心配なこと、配慮してほしいこと等具体的にお書きください。）									

※市外在住で市内在勤の方は、就労証明書を添付してください。

※父母のどちらかの勤務先が利根保健生活協同組合系列の職場である。

該当 ・ 非該当