

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

中津川市長 様

住所（〒 ）

保護者氏名

電話番号

中津川市病児保育所利用登録申請書

次のとおり、病児保育所の利用登録を申請します。

ふりがな 児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
通園・通学先	なし・あり (名称:)		
かかりつけ医療機関			
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入院歴	なし・あり (病名) 歳 か月時		
予防接種	ヒブ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 混合摂取 (3種・4種) <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ポリオ 不活性化 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ポリオ 生 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 BCG <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加 おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 B型肝炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 その他 ()		
アレルギー	なし・あり (原因) (症状:)		
身体障害者手帳	なし・あり		
療育手帳	なし・あり		
精神障害者保健福祉手帳	なし・あり		
その他心配なこと、配慮してほしいこと			
※市記入欄			

2019年3月26日

中津川市長 様

住所 (〒508-0032)

中津川市栄町1-1

保護者氏名 中津 太郎

電話番号 0573-66-1111

事前に登録

施設を利用する前に、病児保育所「くりっこハウス」又は子ども家庭課に提出してください。

中津川市病児保育所利用登録申請書

次のとおり、病児保育所の利用登録を申請します。

ふりがな 児童氏名	なかつ はなこ 中津 花子 (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女)	生年月日	2015年1月1日 (4歳2か月)
通園・通学先	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり (名称: なかつっこ保育園)		
かかりつけ医療機関	なかつっこ子ども病院		
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input checked="" type="checkbox"/> 突発性発疹 <input checked="" type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入院歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし・あり (病名:) 歳 か月時		
予防接種	ヒブ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 混合摂取 (3種・ <input checked="" type="checkbox"/> 4種) <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 ポリオ 不活性化 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 ポリオ 生 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 BCG <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 おたふくかぜ <input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 B型肝炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input checked="" type="checkbox"/> 3回 その他 ()		
アレルギー	なし・あり (原因:) (症状:)		
身体障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> なし・あり		
療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> なし・あり		
精神障害者保健福祉手帳	<input checked="" type="checkbox"/> なし・あり		
その他心配なこと、配慮してほしいこと 咳込むと嘔吐することがあります。 お気に入りのタオルを握りながら眠ります。			
※市記入欄			

今までにかかったことのある病気にチェックを入れてください。

接種した種類、該当する回数にチェックを入れてください。