

受付番号

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

鹿嶋市教育委員会教育長 様

保護者氏名

鹿嶋市病児保育利用登録票

鹿嶋市病児保育事業実施要綱第6条の規定に基づき、 年度病児保育事業の利用について、次のとおり提出します。

| | | | |
|----------------|---|----------------|-----|
| ふりがな | | 年 月 日生 (歳 か月) | 性 別 |
| 児童氏名 | | | 男・女 |
| 住所 〒 | | | |
| 通園・通学している施設名 | | | |
| かかりつけの医療機関名 | | | |
| 常用している薬 (内服薬等) | | | |
| 父 | 氏名 ()歳 | 勤務先 | |
| | 携帯 - - | TEL | |
| 母 | 氏名 ()歳 | 勤務先 | |
| | 携帯 - - | TEL | |
| 父 | 勤務先住所 | | |
| 母 | 勤務先住所 | | |
| 予防接種 | 接種済みの項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hib) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 既往歴等 | これまで罹った疾病等について記入してください。 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん (原因) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他 () 熱性けいれん：なし・あり (今まで 回, 最後 年 月 日) 坐剤の使用：する・しない 乳幼児健診で言われたこと：なし・あり (発達・身長・体重・その他) 食物アレルギー：なし・あり (内容) 食事制限：なし・あり 嫌いな食べ物：() その他： | | |

※お子さんの健康保険証の写しを添付してください。