様式第１号（第６条関係）

受付番号

　　　　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 |
| TEL |
| 携帯 - - | 勤務先住所 |
| 母 | 氏名(　　　)歳 | 勤務先 |
| TEL |
| 携帯 - - | 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。☐インフルエンザ菌b型（Hib）　☐小児肺炎球菌　　☐B型肝炎☐四種混合（　　回）　　☐BCG　　☐麻疹・風疹　　☐水痘　　☐日本脳炎　　☐ロタウイルス　　☐おたふくかぜ　　☐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。☐気管支喘息　☐アトピー性皮膚炎　☐じんましん（原因　　　　　　　　 ）☐心臓病　☐腎臓病　☐けいれん　☐川崎病　☐突発性発疹　☐麻疹・風疹☐百日咳　☐水痘　☐おたふくかぜ　☐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。