

様式第1号（第10条関係）

熊谷市病児・病後児保育事業利用登録申請書

熊谷市長 宛

年 月 日

ふりがな 児童氏名		男 女	お子さんの愛称		生年月日 年 月 日 年 齡 _____ 歳 _____ か月	
保護者	父	氏 名		携帯電話	— —	
		勤務先名・部署		勤務先電話	— —	
	母	氏 名		携帯電話	— —	
		勤務先名・部署		勤務先電話	— —	
	住所	〒 — 熊谷市				
電話	— —					
緊急 連絡先	1	電話番号	— —	続柄		
	2	電話番号	— —	続柄		
	保育所・幼稚園・学校名			電話番号	— —	
	かかりつけ医			電話番号	— —	
発達	1歳半までの方は記入してください。					
	出生時体重	g	在 胎	週	首のすわり	か月
	おすわり	か月	一人歩き	か月	栄 養 法（母乳・人工・混合）	
予防 接種	B型肝炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）					
	H i b <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）					
	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）					
	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月）					
	四種混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）					
	三種混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）					
	ポリオ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） BCG <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済（ 年 月）					
	麻しん（はしか）・風しん混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）					
	麻しん（はしか） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）					
	風しん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）					
	日本脳炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）					
	水 痘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）					
おたふく <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）その他（ ）						
感染 症歴	麻しん（はしか）： 歳 か月		水痘： 歳 か月		百日咳： 歳 か月	
	突発性発疹： 歳 か月		風しん： 歳 か月		おたふく： 歳 か月	
	B型肝炎： 歳 か月（キャリアー・キャリアーでない）					
	熱性けいれんの有無（ある・ない） ダイアップの利用（ある・ない）					
	今までに大きな病気になったことがありますか（はい・いいえ）詳細：					
アレルギー	食物（品名： ）その他（ ）					

※市及び実施施設で児童の情報を共有します。

登録番号 \_\_\_\_\_