

（宛先）平塚市長

申請者 _____

病後児保育を利用したいので、次のとおり登録を申請します。

フリガナ				生年月日	年 月 日
児童氏名	男・女				
住所	〒 _____				
保護者	フリガナ		携帯電話	()	
	氏名	(続柄:)	勤務先	電話:	()
	フリガナ		携帯電話	()	
	氏名	(続柄:)	勤務先	電話:	()
通園・通学施設	施設名:		電話番号:	()	
かかりつけ医	医療機関名:		電話番号:	()	
生育歴	出生時体重 (g) 在胎週数 (週)				
	妊娠中や出産時の異常 なし・あり ()				
予防接種 (あてはまるものに○)	ポリオ (生ワクチン: 未・1回・2回)		不活化: 未・1回・2回・3回・追加		
	4種混合 (未・1回・2回・3回・追加)		3種混合 (未・1回・2回・3回・追加)		
	MR 麻しん・風しん混合 (未・1回・2回)		日本脳炎 (未・1回・2回・追加)		
	B C G (未・済)		ヒブ (未・1回・2回・3回・追加)		
	肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・追加)		水ぼうそう (未・1回・2回)		
	おたふくかぜ (未・1回・2回)		その他 ()		
既往歴 (かかった病気に○)	突発性発疹	麻しん (はしか)	風しん	水ぼうそう	おたふくかぜ
	百日咳	アトピー性皮膚炎	喘息	喘息性気管支炎	
	熱性けいれん (初回 年 月 日、直近 年 月 日、過去 回)				
	その他 ()				
	入院の経験 なし・あり (病名: 歳 か月のとき)				
	(病名: 歳 か月のとき)				
常時服用の薬	なし・あり (具体的に:)				
アレルギー	なし・あり (食物: その他:)				
除去食品	なし・あり ()				
普段の様子 (あてはまるものに○)	体重	kg			
	食事	母乳・ミルク・離乳食 (初期・中期・後期・完了期)・普通食			
	排泄	尿 1日平均 回 便 1日平均 回 (普通・硬め・軟らかめ)			
		おむつ (教える・教えない) ・ トレーニングパンツ ・ 自立			
	睡眠	夜 時 分～朝 時 分 お昼寝 時 分～ 時 分			
行動	寝返りする・座る・はう・立つ・伝い歩き・歩行自由				
その他	伝えておきたいことがありましたらご記入ください				

※ この申請書の有効期限は、平成 年3月31日です。
それ以降に利用する場合は、再度提出してください。

利用年月日	期間	病名	備考
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		
. .	日		