

様式第1号（第5条関係）

病児・病後児保育登録申請書

年　月　日

利府町長　宛
(実施施設経由)申請者　住　所
氏　名
電話番号

児童氏名	男女	愛称	生年月日 (　歳　か月)
住　所		TEL	
保育所等名		TEL	
世帯の状況	父・氏名	勤務先	TEL
	母・氏名	勤務先	TEL
	同居家族 (氏名) (氏名) (氏名)	続柄　) (氏名 続柄　) (氏名 続柄　) (氏名	続柄　) 続柄　) 続柄　)
健　康　保　險　証　番　号	記号	番号	保険者番号
緊　急　連　絡　先		TEL	
家　庭　医	病・医院名 医師名		TEL
生　育　歴	妊娠中の異常 出生時体重 出産は 出産時の異常 首のすわり (　か月) 栄養法 離乳食開始時期 人見知り (　か月) 話し始め (意味のある言葉)	なし・あり ((　g) (予定通り・　日早かった・遅かった) (在胎　週) なし・あり (おすわり (　か月) 一人歩き (　か月) (母乳・人工・混合) (前期：　か月) (中期：　か月) (後期：　か月) (幼児食：　歳　か月) (　か月) 母親の後追い (　歳　か月))))))))))
既　往　歴	突発性発疹 流行性耳下腺炎 熱性けいれん その他 (　)	麻しん (はしか) 手足口病 喘息　肺炎 結核	水痘 (水ぼうそう) ヘルパンギーナ アトピー性皮膚炎 百日咳 川崎病 湿疹
食　事	嫌いな食べ物 (　) アレルギー等で制限している食品： その他 (　)	全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類)
その　他	注意事項		

予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

B C G	未・済
ポリオ（生ワクチン）	未・1回・2回
ポリオ（単独・不活化ワクチン）	未・1回・2回・3回・第1期追加
三種混合	未・1回・2回・3回・第1期追加
四種混合	未・1回・2回・3回・第1期追加
麻しん風しん混合	未・第1期・第2期
〔・麻しん単抗原 ・風しん単抗原〕	〔未・第1期・第2期 未・第1期・第2期〕
日本脳炎	未・第1期 1回 2回・第1期追加
ヒブ	未・1回・2回・3回・追加
肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加
水痘	未・1回・2回
おたふくかぜ	未・済
B型肝炎	未・1回・2回・3回
ロタウィルス	未・① 1回・2回 ② 1回・2回・3回
	回