

碧南市病児事業利用登録票

令和 年 月 日

殿

保護者		続柄	勤務先
氏名			事業所名
携帯電話			所在地
携帯アドレス			電話
氏名			事業所名
携帯電話			所在地
携帯アドレス			電話

児童	生年月日	性別	通園・通学施設等
(ふりがな)	年 月 日		
氏名	(歳 ヶ月)		

住所 〒 -

既往症(今までにかかった病気に○をつけて、【 】の内容に記入してください。
 突発性発疹 水痘(水ぼうそう) 麻疹(はしか) 風疹(三日ばしか) 肺炎 溶連菌感染症
 おたふくかぜ 百日咳 ヘルパンギーナ てんかん【最終発作 年 月 日】
 B型肝炎(キャリアを含む) 気管支喘息【薬の服用は毎日・不調時のみ】 手足口病 とびひ
 咽頭結膜熱(プール熱) アトピー性皮膚炎 川崎病【心臓合併症あり・なし】
 熱性けいれん【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回 予防投与 要・不要】
 食物アレルギー【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】
 その他【具体的に: 】

予防接種(母子手帳を確認し、これまでに受けた予防接種と【 】の回数に○をつけてください。)
 Hibワクチン【1回目・2回目・3回目・追加】 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】
 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】
 BCG 麻しん・風しん【1回目・2回目】 水痘【1回目・2回目】 おたふくかぜ【1回目・2回目】
 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】 ロタ【(全2回・全3回) 1回目・2回目・3回目】
 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 不活性化ポリオ【I期 1回目・2回目・3回目・追加】
 インフルエンザ【最近受けたのは 月 日】 その他【 】

ない ある 【 歳 ヶ月 病名 】
 【 歳 ヶ月 病名 】

常時内服している薬(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。)
 ない ある 【 具体的に: 】

その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください。)

上記のとおり、碧南市病児保育事業利用について登録します。

申請者名 _____

※碧南市病児保育実施機関使用欄

受付日	登録番号	利用手数料額
		全額減免 2,000円