

乳幼児健康支援一時預かり申請書兼児童台帳

令和 年 月 日

松浦市長様

記入者
(保護者)

住所 _____
 氏名 _____ 印 (続柄 _____)
 電話番号 (_____) _____

次のとおり申請します。

児童の氏名等	ふりがな	性別	生年月日	年	月	日
	氏名	男・女	愛称			
在園保育所(園) 在校小学校	施設名	(電話番号 _____)				
主治医	医療機関名	(電話番号 _____)				
	担当医師					
健康保険被保険者番号 : 記号 (_____) 番号 (_____) 被保険者番号 (_____)						
アレルギー 体質の有無	無・有 (_____)					

既往歴 (今までにかかった病気の番号に○をつけてください)

1 突発性発疹	14 湿疹
2 麻疹(はしか)	15 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んで いる・いない・発作時だけ)
3 水痘(水ぼうそう)	16 アトピー性皮膚炎 (治療は 内服薬・食事療法)
4 風疹(三日ばしか)	17 川崎病(心臓合併症 あり・なし)
5 咽頭性結膜炎(プール熱)	18 B型肝炎(キャリアー・キャリアーでない)
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	19 熱性けいれん (初回 _____ 歳 最後は _____ 歳 これまでに _____ 回)
7 百日咳	20 食物アレルギー (ミルク、卵、鶏肉、牛肉、そば、大豆、小麦 _____)
8 ヘルパンギーナ	21 その他 (_____)
9 手足口病	
10 伝染性紅斑(りんご病)	
11 中耳炎	
12 とびひ	
13 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	

予防接種 (これまでに受けたものの番号に○をつけ、接種年月をご記入下さい)

1 ツベルクリン	年 月 接種	5 麻疹(はしか)	年 月 接種	
2 BCG	年 月 接種	6 風疹(三日ばしか)	年 月 接種	
3 日本脳炎	初回 年 月 接種	7 ポリオ	初回 年 月 接種	
	2回目 年 月 接種		2回目 年 月 接種	
	追加 年 月 接種	8 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月 接種	
4 三種混合 又は二種	初回 年 月 接種	9 水痘	年 月 接種	
	2回目 年 月 接種		10 インフルエンザ	0歳 1歳 2歳
	3回目 年 月 接種			3歳 4歳 5歳
	追加 年 月 接種			

お子様について心配なことや配慮してほしい点などがあれば具体的にご記入下さい(食事制限、薬物アレルギー等)

好きな食べ物	好きな遊び
--------	-------