

病児病後児保育事業申請書兼児童台帳

年 月 日

様

(〒 —)

保護者住所 松浦市 町 免 番地

TEL — —

保護者氏名



次のとおり申請します。

ふりがな 児童の名前		男 年 月 日生 女 (歳 月)	
在園保育所(園)・ 在校小学校名		学年 TEL — —	
家族 構 成	父	名前()	兄 弟 名前()学年() 名前()学年() 名前()学年() 名前()学年()
	母	名前()	
	祖父	名前()	
	祖母	名前()	
父母の 勤務先	父 :	TEL — —	
	母 :	TEL — —	
通院病院名	病院・医院 TEL — — 担当医氏名		
健康保険被保険者番号		記号()	番号()
		被保険者番号()	
生活保護の状況	適用なし 適用あり(年 月 日開始)		
予 防 接 種 歴	BCG	年 月	五種混合 1期 1回目 年 月 2回目 年 月
	はしか	年 月	3回目 年 月 1期追加 年 月
	風疹	年 月	ポリオ 1回目 年 月 2回目 年 月
	水痘	年 月	おたふくかぜ 年 月
	日本脳炎	年 月	その他()
アレルギー歴(○をつけてください)		家族歴	
1 気管支ぜんそく 2 アトピー性皮膚炎 3 アレルギー性鼻炎		・アレルギー	
4 じんましん 5 食物性アレルギー(ミルク・卵・その他:)		・結核	
6 その他のアレルギー()		・その他	
これまでにかかった感染症や病気(かかった病気に○をつけてください)			
1 突発性発疹症 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 百日咳			
7 けいれん(熱: 有 無) 8 じんましん 9 結核 10 ぜんそく 11 その他()			
お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください			
好きな食べ物		好きな遊び	