

受付番号

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

鹿嶋市教育委員会教育長 様

保護者氏名

鹿嶋市病児保育利用登録票

鹿嶋市病児保育事業実施要綱第6条の規定に基づき、 年度病児保育事業の利用について、次のとおり提出します。

ふりがな		年 月 日生 ( 歳 か月)	性別
児童氏名			男・女
住所 〒			
通園・通学している施設名			
かかりつけの医療機関名			
常用している薬 (内服薬等)			
父	氏名	勤務先	
	( )歳	TEL	
	携帯 - -	勤務先住所	
母	氏名	勤務先	
	( )歳	TEL	
	携帯 - -	勤務先住所	
予防接種	接種済みの項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hib) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 四種混合 ( 回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴等	これまで罹った疾病等について記入してください。 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん (原因 ) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他 ( ) 熱性けいれん：なし・あり (今まで 回, 最後 年 月 日) 坐剤の使用：する・しない 乳幼児健診で言われたこと：なし・あり (発達・身長・体重・その他 ) 食物アレルギー：なし・あり (内容 ) 食事制限：なし・あり 嫌いな食べ物：( ) その他：		