

第6号様式（第20条関係）

登録番号	
------	--

(宛先) 鈴鹿市長

〒 令和 年 月 日
 住 所
 氏 名
 電話番号

鈴鹿市病後児保育事業利用登録届出書

次のとおり病後児保育事業の利用登録を受けたいので届け出ます。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
通園・通学施設	保育所（園）・認定こども園・幼稚園・小学校・その他（ ）			
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり（保護開始 年 月 日）			
健康保険 被保険者番号	記号 被保険者番号	番号	医療費受給 資格証番号	
保護者 緊急連絡先	氏名（続柄）		勤務先名	
	携帯電話番号 - -		電話番号 - -	
	氏名（続柄）		勤務先名	
	携帯電話番号 - -		電話番号 - -	
予防接種 (該当欄にチェック をしてください。)	ヒブ	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（I期1回、2回、3回、追加）		
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（I期1回、2回、3回、追加）		
	<input type="checkbox"/> 三種 <input type="checkbox"/> 四種 混合	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（I期1回、2回、3回、追加）		
	ポリオ（ <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 不活化） ※四種混合接種者は記入不要	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（I期1回、2回、3回、追加）		
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（1回、2回、3回）		
	BCG	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた		
	MR（麻しん・風しん）	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（I期、II期）		
	水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（1回、2回）		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（I期1回、2回、追加）		
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（1回、2回）		
	ロタワクチン	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた（1回、2回、3回）		
	【小学生】二種混合	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた		
【小学生】日本脳炎II期	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた			
常用薬	無・有（薬の名前・回数： ）			
アレルギー	無・有（詳しく ・食べ物 ）			
新生児期	出生時の異常 無・有 ()	発育・発達	健診等で指摘 無・有 ()	
既往症 (今までにかかった 病気にチェックをし てください。)	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん（今までに__回 最終__年__月 座薬の指示 無・有__℃以上） <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息（継続治療中・悪化時治療のみ 吸入したこと 有・無） <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他	配慮してほしいこと、心配なこと等があれば、具体的に記入してください。			