第６号様式（第２０条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

令和　　年　　月　　日

（宛先）鈴鹿市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者　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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男・女 | | 生年月日 | | 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 | 適用なし・適用あり（保護開始　　　　年　　月　　日） | | | | | |
| 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  （該当する項目に  チェックを  してください。） | ヒブ  （五種混合接種者は記入不要） | □受けていない　□受けた(１期１回、２回、３回、追加) | | | | |
| 肺炎球菌 | □受けていない　□受けた(１期１回、２回、３回、追加) | | | | |
| Ｂ型肝炎 | □受けていない　□受けた(１回、２回、３回) | | | | |
| ロタウイルス | □受けていない　□受けた(１回、２回、３回) | | | | |
| □三種混合　□四種混合  □五種混合 | □受けていない　□受けた(１期１回、２回、３回、追加) | | | | |
| ポリオ（□生　□不活化）  （四種又は五種混合接種者は記入不要） | □受けていない　□受けた(１期１回、２回、３回、追加) | | | | |
| ＢＣＧ | □受けていない　□受けた | | | | |
| ＭＲ（麻しん・風しん） | □受けていない　□受けた(１期、２期) | | | | |
| 水ぼうそう | □受けていない　□受けた(１回、２回) | | | | |
| 日本脳炎 | □受けていない　□受けた(１期１回、２回、追加) | | | | |
| おたふくかぜ | □受けていない　□受けた(１回、２回) | | | | |
| 【小学生】ＤＴ（二種混合） | □受けていない　□受けた | | | | |
| 【小学生】日本脳炎２期 | □受けていない　□受けた | | | | |
| 常用薬 | 無・有（薬の名前・回数：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| アレルギー | 無・有（詳細　　　　　　　　　　（食べ物　　　　　　　　　　　　）） | | | | | |
| 新生児期 | 出生時の異常　無・有（　　　　　　　　　　　　） | | 発育・発達 | | | 健診等での指摘　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。） | □突発性発疹　　　　□麻しん（はしか）　　□風しん　　　　　　　□水ぼうそう  □おたふくかぜ　　　□百日せき　　　　　　□食物アレルギー　　　□アトピー性皮膚炎  □熱性けいれん（今までに　　回　最終　　年　　月　座薬の指示　無・有　　℃以上）  □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）  □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。 | | | | | |