

第 6 号様式（第 2 0 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。

ふ り が な 児 童 氏 名		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)	
	B C G		☐ 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。			