

第1号様式（第7条関係）

登録番号	
------	--

鈴鹿市乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録届出書

年 月 日

(宛先) 鈴鹿市長

住 所
保護者名
電話番号

次のとおり事業の利用登録を受けたいので届け出ます。

ふりがな		男	
児 童 名		女	年 月 日生
緊 急 連 絡 先	1 (続柄) 電話番号 2 (続柄) 電話番号		
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()		
生活保護法による 保 護 の 状 況	受けている 受けていない		
健 康 保 険 被 保 険 者 番 号	記号 番号 被保険者番号	医療費受給 資格証番号	
予 防 接 種 (該当欄にチェック をしてください。)	BCG	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた	
	三種混合	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 3回 追加)	
	四種混合	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 3回 追加)	
	ポリオ(□生 □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 (1期1回 2回 3回 追加)	
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 3回 追加)	
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 3回 追加)	
	MR (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期 2期)	
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 追加 2期)	
	水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1回 2回)	
	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)	
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1回 2回 3回)	
	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)	
	DT (二種混合)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた	
ア レ ル ギ ー	無・有 ()		
既 往 症 (今までにかかった 病気の全てに○をし てください。)	1 突発性発疹症 5 おたふくかぜ 9 ヘルパンギーナ 13 マイコプラズマ肺炎 15 ロタウイルス感染症 18 アトピー性皮膚炎	2 はしか 6 百日ぜき 10 咽頭結膜熱 14 RSウイルス感染症 (細気管支炎) 16 熱性けいれん 19 じんましん	3 風しん 7 りんご病 11 溶連菌感染症 17 ぜん息 20 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。		