

第2号様式（第8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申込書

年 月 日

(宛先) 鈴鹿市長

住 所
保護者名
電話番号

次のとおり事業を利用したいので、申し込みます。なお、利用に関して世帯員の課税資料を閲覧することに同意します。

ふりがな				男	年 月 日生 (歳 か月)		
児 童 名				女			
児童の兄弟姉妹	歳 (男 女)		歳 (男 女)		歳 (男 女)		歳 (男 女)
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 ()						
緊 急 連 絡 先	1 (続柄) 電話番号						
	2 (続柄) 電話番号						
かかりつけ医	() 医院 病院 医師名 ()						
予 防 接 種	B C G	未 済			MR(麻しん・風しん)	未 1期 2期	
	三 種 混 合	未 1 2 3 追加			日本脳炎	未 1 2 追加 2期	
	四 種 混 合	未 1 2 3 追加			水痘(水ぼうそう)	未 1 2	
	ポ リ オ (口生 □不活化)	未 1 2 3 追加 ※四種混合接種者は記入不要			おたふくかぜ	未 1 2	
	ヒ ブ	未 1 2 3 追加			B型肝炎	未 1 2 3	
	小児用肺炎球菌	未 1 2 3 追加			DT(二種混合)	未 済	
これまでにかかった主な感染症 (かかった病気の全てに○をつけてください。)							
1 水ぼうそう 2 おたふくかぜ 3 風しん 4 はしか 5 突発性発疹症 6 熱性けいれん(回数 回)(直前に症状のあった日 年 月 日) 7 アトピー性皮膚炎 8 ぜん息及びぜん息性気管支炎(継続治療中 悪化時治療のみ) 9 その他 ()							
入院したこと	ある(病名: , 歳)(病名: , 歳) ない						
常用している薬	ある(具体的に:) ない						
食事制限	ある(具体的に:) ない						
その他	体質(薬物アレルギー等)、くせ等、配慮してほしいこと等あれば、具体的に記入してください。						
今回の病気に ついて	病名 () ※病名が分かっている場合は記入してください。 1 受診した医療機関名 () 2 かかりつけ医からの紹介状が(ある ない) 3 投薬を受けて(いる いない)(当院 他院) 4 主な症状(発熱 下痢 嘔吐 せき 鼻水 発しん その他)						
食 事	ミルク 離乳食(前期 中期 後期 完了期) 普通食						
排 せ つ	1人でできる(便 尿) 手助けが必要(便 尿) オムツ						
送 迎	送り 父 母 その他 () / 迎え 父 母 その他 ()						
医 師 の 所 見	児童の状況 (病児 病後児) 利用については(適する 適しない) 実施施設長						