

芦屋市病児・病後児保育事業利用登録(更新)申請書

芦屋市長 宛

申請者名

電話番号

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

児童の氏名・住所	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所		年齢	歳 か月
通園・通学施設等について	<input type="checkbox"/> 保育所、こども園、幼稚園、学校等に通園(通学)している (施設名: _____) Tel: _____)		<input type="checkbox"/> 通園(通学)していない	
主治医	(医療機関名: _____) Tel: _____)		担当医師	
	保護者氏名	続柄	勤務先名	Tel: _____
家族の状況	保護者氏名	続柄	勤務先名	Tel: _____
	兄弟姉妹氏名	歳 (男・女)		歳 (男・女)
	兄弟姉妹氏名	歳 (男・女)		歳 (男・女)
緊急連絡先	連絡先①		Tel: _____	
	連絡先②		Tel: _____	
既往歴				
<input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 咽頭性結膜炎(プール熱) 治療: (内服薬 食事療法) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 手足口病 < 乳 卵 そば 大豆 小麦 その他(_____) > <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 中耳炎 (_____)				
その他				
<input type="checkbox"/> ひきつけ 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 脱臼 有 ・ 無 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 有の場合 <input type="checkbox"/> ヘルニア 有 ・ 無 (部位: _____) (過去 _____ 回、 _____ 歳頃) <input type="checkbox"/> 過去に大きな病気や怪我をしたことがある (最終の発作 _____ 年 月頃) (病名: _____) (けいれん止めの薬 _____) (使用方法 _____)				
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)				
予防接種				
<input type="checkbox"/> BCG 未 ・ 済 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症 未 ・ (初回 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 未 ・ (第1期初回1回・第1期初回2回 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 未 ・ (初回 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) ・ 第1期追加 ・ 第2期) <input type="checkbox"/> MR混合 (麻しん・風しん) 未 ・ (第1期 ・ 第2期) <input type="checkbox"/> 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 未 ・ (初回 ・ 2回目) 未 ・ (第1期初回1回 ・ 第1期初回2回 <input type="checkbox"/> ロタウイルス 未 ・ (ロタリックス1価初回 ・ ロタリックス1価2回目 第1期初回3回 ・ 第1期追加 ・ <input type="checkbox"/> ロタテック5価初回 ・ ロタテック5価2回目 ・ 三種混合、ポリオを受けた ・ <input type="checkbox"/> ロタテック5価3回目) その他(_____)) <input type="checkbox"/> B型肝炎 未 ・ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) 未 ・ (1回目 ・ 2回目) <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
障がい者手帳等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体 ・ 精神 ・ 療育)				
配慮してほしい点 (食事制限、薬物アレルギー等) ※ 離乳食、アレルギー食について対応していませんので弁当・おやつをご持参ください。 下記太枠は記入しないでください。				
		登録日	令和 年 月 日	
		登録番号		
			有	無

※ 裏面の「同意書」もご記入ください。