

年 月 日記入

臼杵市病児・病後児保育事業利用登録票(更新用)

(あて先)
臼 杵 市 長

保護者氏名

㊞

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊 急 連 絡 先	電話 - -
	携 帯 電 話	- -			
	保護者氏名		続柄	緊 急 連 絡 先	電話 - -
	携 帯 電 話	- -			

児 童	ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
	児童氏名		男 ・ 女		

課税状況の番号を○でかこんでください(分からない方は、市役所子ども子育て課にお問い合わせください)

1 市民税 課税世帯	2 市民税 非課税世帯	3 生活保護世帯
------------	-------------	----------

下記は前回の登録内容から変更のある箇所をご記入下さい。
(登録内容を忘れた方はお手数ですが、もう1度、内容をご記入ください。)

登 録 児 童	住 所	〒 - 電話 - -		
	通所・通学施設	1 通所 通学 している	施設・学校名 電話 - -	2 通所・通学していない
	かかりつけの医療機関		担当医師名	
	電話 - -			
	既往歴(前回登録時以降にかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください)			
	1 突発性発疹		9 川崎病【心臓合併症は あり ・ なし 】	
	2 麻疹(はしか)		10 熱性けいれん	
	3 風しん(三日はしか)		【初回 歳 ヶ月 ・ 最後 歳 ヶ月 ・ これまで 回】	
	4 百日咳		11 食物アレルギー	
	5 水痘(水ぼうそう)		【牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他()】	
	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		12 喘息・喘息様気管支炎	
	7 咽頭結膜熱(プール熱)		【薬の服用は 毎日 ・ 不調時のみ 】	
	8 肺炎		13 その他【 】	
	予防接種(前回登録時以降に受けた予防接種の番号と【 】の内容に○をつけてください)			
	1 三種混合【1回目・2回目・3回目・追加】		8 MR【1期・2期】	
	2 4種混合【1回目・2回目・3回目・追加】		9 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】	
	3 ポリオ【1回目・2回目】		10 水痘(みずぼうそう)【1回目・2回目】	
	4 不活化ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】		11 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)【1回目・2回目】	
5 BCG		12 日本脳炎【1期 1回目・2回目・追加・2期】		
6 Hib【1回目・2回目・3回目・追加】		13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】		
7 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】		14 その他【 】		
前回登録時以降の入院経験(入院経験がある場合は入院時の病名を記入してください)				
1 ない		2 ある 病名		
現在、常時内服している薬(常時内服している薬がある場合は、具体的に記入して下さい)				
1 ない		2 ある 病名		
		処方を受けた病院 電話 - -		
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入して下さい)				