

年度 佐伯市病児・病後児保育事業利用登録書

佐伯市長 様

年 月 日

(ふりがな) 児童氏名	男・女	生年月日 年 月 日	登録番号
愛称 () 血液型 ()		(歳)	

佐伯市病児・病後児保育事業の利用登録を申し込みます。
また、保護者負担金算定のため、同居家族の課税状況の調査に同意します。

保護者氏名	①	続柄	TEL
住 所			
緊急連絡先			
①	TEL		
②	TEL		
現病歴	<input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院している 病院名 病 名 期 間 現在服用中の薬	既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） <input type="checkbox"/> 風しん（三日はしか） ひきつけ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 他のけいれん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 []
予防接種	三種混合（1・2・3・追加） ポリオ（1・2） 不活化ポリオ（1・2・3・追加） 麻しん（はしか） 水ぼうそう 風しん（三日はしか） ヒブ（1・2・3・追加） その他()	四種混合（1・2・3・追加） MR（1・2） BCG 日本脳炎 おたふくかぜ インフルエンザ(年 月接種) 肺炎球菌（1・2・3・追加）	
かかりつけ医	①病院・医師名 ②病院・医師名	その他	好きな食べ物 性 格 嫌いな食べ物 好きな遊び
薬の使用	定期通院により常時服用している薬がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病 名 薬 名	アレルギー	食べ物 薬 物
※要望・連絡事項			