

様式第1号（第10条関係）

熊谷市病児・病後児保育事業利用登録申請書

熊谷市長 宛

年 月 日

ふりがな		男	お子さんの愛称		生年月日	年	月	日		
児童氏名		女			年 齡	歳	か	月		
保護者	父	氏 名			携帯電話	—	—			
		勤務先名・部署			勤務先電話	—	—			
	母	氏 名			携帯電話	—	—			
		勤務先名・部署			勤務先電話	—	—			
	住所	〒 — 熊谷市			電話	—	—			
兄弟	いない・いる（ 歳：男・女）（ 歳：男・女）（ 歳：男・女）									
緊急 連絡先	1	電話番号	—	—	続柄					
	2	電話番号	—	—	続柄					
	保育所・幼稚園・学校名			電話番号					—	—
	かかりつけ医			電話番号					—	—
発達	1歳半までの方は記入してください。									
	検診で指摘を受けたことはありますか（ある・ない）									
	出生時体重		g	在 胎		週	首のすわり		か月	
	おすわり		か月	一人歩き		か月	栄 養 法（母乳・人工・混合）			
予防 接種	B型肝炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）									
	H i b <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）									
	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）									
	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月）									
	四種混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 3回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）									
	ポリオ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） BCG <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済（ 年 月）									
	麻しん（はしか）・風しん混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）									
	日本脳炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 追加（ 年 月）									
	水 痘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）									
おたふく <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回（ 年 月） <input type="checkbox"/> 2回（ 年 月）その他（ ）										
感染 症歴	麻しん（はしか）：		歳	か月	水痘：		歳	か月		
	百日咳：		歳	か月	おたふく：		歳	か月		
	突発性発疹：		歳	か月	風しん：		歳	か月		
	B型肝炎： 歳 か月（キャリアー・キャリアーでない）									
	熱性けいれんの有無（ある・ない） ダイアアップの利用（ある・ない）									
今までに大きな病気になったことがありますか（はい・いいえ）詳細：										
アレルギー	食物： ない・ある（品名： ）その他：									

※市及び実施施設で児童の情報を共有します。

登録番号 \_\_\_\_\_