別記第1号様式(第8条関係)

串本町病児病後児保育事業利用申請書

年　　月　　日

　串本町長　あて

保護者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　病児病後児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  対象児童氏名 | (男・女) | 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 対象児童との続柄(　　　)  ※必ず連絡がつくところを記入してください  電話番号 | |
| 氏名 | 対象児童との続柄(　　　)  ※必ず連絡がつくところを記入してください  電話番号 | |
| 利用期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日(　　　日間) | | |
| 利用時間 | (午前・午後)　　　時　　分～(午前・午後)　　　時　　分 | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　医師名 | | |
| 通園(所)名  通学校名 |  | | |
| 病　気　の  経過・症状 | 病名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  症状　　発熱　・　下痢　・　嘔吐　・　咳　・　発疹  　　　　その他（　　　　　　　　　　　）  薬の服用　　あり　・　なし  いつから通院していますか(　　　　年　　月　　日から) | | |
| 家庭での保育が困難な理由 | (1)　勤務　　(2)　傷病　　(3)　事故　　(4)　出産  (5)　冠婚葬祭　　(6)　その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種 | * これまでに受けた予防接種の回数に○をつけてください。 | | |
| インフルエンザ菌ｂ型(Ｈｉｂ) | | １回目・２回目・３回目・追加 |
| 小児用肺炎球菌 | | １回目・２回目・３回目・追加 |
| ポリオ(経口・不活化)  ※四種混合接種者は記入不要 | | １回目・２回目・３回目・追加 |
| 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風) | | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・  ポリオ) | | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| ＢＣＧ | | 未・済 |
| Ｂ型肝炎 | | １回目・２回目・３回目 |
| 麻しん（はしか）・風しん | | １期・２期 |
| おたふくかぜ | | １回目・２回目 |
| 水痘（水ぼうそう） | | １回目・２回目 |
| 日本脳炎 | | １期(１回目・２回目・追加）・２期 |
| その他( 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　) | | |
| 既往歴 | | 突発性発疹　麻しん(はしか)　風しん　水痘(水ぼうそう)　おたふくかぜ  　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 過去に大きな病気・けがをしたことがある | | | 年　　月頃(傷病名:　　　　　　　　) |
| ○ひきつけの有無　　(　有　・　無　)  ・過去　　　　回　　・最後の発作　　年　　月  ・診断名  ・けいれん止めの座薬名  ・使用方法（熱が何度になったら使用、使用量など） | | | ○アレルギー体質の有無　　(　有　・　無　)  ・アレルギーのある方は、病名、アレルゲン（原因となるもの）と症状を具体的に記入してください。  ・薬によるアレルギーがあれば記入してください。  （合わない薬）　　　（使用できない薬品名） |
| ○その他(気になることや心配なことがあれば、記入してください。) | | | |