

令和4年度 病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

保護者 住所

氏名 ㊟

児 童	ふりがな 氏名		愛称 (家庭での呼び名)	性別	生年月日	
				男 女	平成・令和 年 月 日生	
					歳児 年生	
	自宅住所	(〒 —)奥出雲町				
	自宅電話番号	() —			生活保護受給 無 ・ 有	
	幼稚園・学校名	幼稚園 小学校				
かかりつけ医療機関名		無 ・ 有 ()				

家 族 構 成	続柄	氏 名	年齢	緊急連絡先	
			歳	優先順位①	氏名 続柄()
			歳		携帯番号 — —
			歳		勤務先名 勤務先電話番号()
			歳	優先順位②	氏名 続柄()
			歳		携帯番号 — —
			歳		勤務先名 勤務先電話番号()
			歳		

新生児期	出産時の異常 無 ・ 有 ()		出生時体重 ()g	
予 防 接 種	1. BCG 受けていない・受けた		2. 三種混合 受けていない・受けた(回)	
	3. 四種混合 受けていない・受けた(回)		4. HIB(ヒブ) 受けていない・受けた(回)	
	5. 肺炎球菌 受けていない・受けた(回)		6. MR(麻疹・風しん混合) 受けていない・受けた(回)	
	7. B型肝炎 受けていない・受けた(回)		8. ロタワクチン 受けていない・受けた(回)	
	9. ポリオ 受けていない ・ 受けた *経口(生ワクチン 回) *注射(不活化ワクチン 回)			
予 防 接 種	10. 水ぼうそう 受けていない・受けた(回)		11. おたふくかぜ 受けていない・受けた(回)	
	12. 日本脳炎 受けていない・受けた(回)		13. その他接種したもの	

※裏面もご記入ください。

[illegible]