

藤沢市乳幼児健康支援一時預かり事業児童登録申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

記入者 (保護者)	住 所
	氏 名 (続柄)
	電話番号 ()
	携帯電話

利用登録について次のとおり申請します。なお、市で保管する住民記録情報・税情報・保育に必要な情報について市長が利用すること及び登録申請書・保育に必要な情報を保育所に提供することに同意します。
また、児童に対して安全な保育を行うため、保育に必要な情報については、通常ご利用されている施設と情報共有をさせていただきます。

児童の氏名等	フリガナ 氏 名	性 別 男・女	生年月日 年 月 日 年 齢 歳 か月																																																																				
通常通園施設について	施設(保育所等)名: 施設の種別: (認可保育所・小規模保育事業所・家庭的保育事業所) 施設の電話番号:																																																																						
主 治 医	医療機関名 (電話番号) 担当医師																																																																						
アレルギー 体質の有無	※有りの場合は具体的なアレルギーの項目をご記入ください。 有 ・ 無 () ※有りの場合抗アレルギー薬の使用 有 ・ 無																																																																						
既往歴 (今までにかかった病気・治療中の病気の番号に○をつけてください)																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>1 突発性発疹</td> <td>12 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)</td> </tr> <tr> <td>2 麻疹(はしか)</td> <td>(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)</td> </tr> <tr> <td>3 水痘(水ぼうそう)</td> <td>13 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)</td> </tr> <tr> <td>4 風疹(三日ばしか)</td> <td>14 B型肝炎(キャリアー・キャリアーでない)</td> </tr> <tr> <td>5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)</td> <td>15 熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)</td> </tr> <tr> <td>6 百日咳</td> <td>抗けいれん薬の使用 有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>7 伝染性紅斑(りんご病)</td> <td>16 その他</td> </tr> <tr> <td>8 中耳炎</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>9 肺炎(マイコプラズマ肺炎など)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 RSウイルス</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 川崎病(心臓合併症 あり・なし)</td> <td></td> </tr> </table>				1 突発性発疹	12 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)	2 麻疹(はしか)	(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)	3 水痘(水ぼうそう)	13 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)	4 風疹(三日ばしか)	14 B型肝炎(キャリアー・キャリアーでない)	5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	15 熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)	6 百日咳	抗けいれん薬の使用 有 ・ 無	7 伝染性紅斑(りんご病)	16 その他	8 中耳炎	()	9 肺炎(マイコプラズマ肺炎など)		10 RSウイルス		11 川崎病(心臓合併症 あり・なし)																																															
1 突発性発疹	12 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)																																																																						
2 麻疹(はしか)	(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)																																																																						
3 水痘(水ぼうそう)	13 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)																																																																						
4 風疹(三日ばしか)	14 B型肝炎(キャリアー・キャリアーでない)																																																																						
5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	15 熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)																																																																						
6 百日咳	抗けいれん薬の使用 有 ・ 無																																																																						
7 伝染性紅斑(りんご病)	16 その他																																																																						
8 中耳炎	()																																																																						
9 肺炎(マイコプラズマ肺炎など)																																																																							
10 RSウイルス																																																																							
11 川崎病(心臓合併症 あり・なし)																																																																							
予防接種 (これまでにご受けたものの番号を選んで○をつけ、接種年月日をご記入ください)																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>1 Hibワクチン 1回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>4 四種混合 1期初回1回目</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>2回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>1期初回2回目</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>3回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>1期初回3回目</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>追 加</td> <td>年 月 日接種</td> <td>1期追 加</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>2 小児用肺炎球菌ワクチン 1回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td colspan="2">※三種混合・ポリオに関しては四種混合欄にご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>2回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>5 BCG</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>3回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>6 麻しん・風しん 第1期</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>追 加</td> <td>年 月 日接種</td> <td>(MR) 第2期</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>3 B型肝炎 1回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>7 水 痘 1回目</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>2回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>2回目</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>3回目</td> <td>年 月 日接種</td> <td>8 日本脳炎 I期初回1回目</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>I期初回2回目</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>I期追 加</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>1 ロタウイルス</td> <td>年 月 日接種</td> <td>3 インフルエンザ</td> <td>0歳 1歳 2歳 3歳 4歳 5歳</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日接種</td> <td>4 その他</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日接種</td> <td>()</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> <tr> <td>2 おたふくかぜ</td> <td>年 月 日接種</td> <td>()</td> <td>年 月 日接種</td> </tr> </table>				1 Hibワクチン 1回目	年 月 日接種	4 四種混合 1期初回1回目	年 月 日接種	2回目	年 月 日接種	1期初回2回目	年 月 日接種	3回目	年 月 日接種	1期初回3回目	年 月 日接種	追 加	年 月 日接種	1期追 加	年 月 日接種	2 小児用肺炎球菌ワクチン 1回目	年 月 日接種	※三種混合・ポリオに関しては四種混合欄にご記入ください。		2回目	年 月 日接種	5 BCG	年 月 日接種	3回目	年 月 日接種	6 麻しん・風しん 第1期	年 月 日接種	追 加	年 月 日接種	(MR) 第2期	年 月 日接種	3 B型肝炎 1回目	年 月 日接種	7 水 痘 1回目	年 月 日接種	2回目	年 月 日接種	2回目	年 月 日接種	3回目	年 月 日接種	8 日本脳炎 I期初回1回目	年 月 日接種			I期初回2回目	年 月 日接種			I期追 加	年 月 日接種	1 ロタウイルス	年 月 日接種	3 インフルエンザ	0歳 1歳 2歳 3歳 4歳 5歳		年 月 日接種	4 その他	()		年 月 日接種	()	年 月 日接種	2 おたふくかぜ	年 月 日接種	()	年 月 日接種
1 Hibワクチン 1回目	年 月 日接種	4 四種混合 1期初回1回目	年 月 日接種																																																																				
2回目	年 月 日接種	1期初回2回目	年 月 日接種																																																																				
3回目	年 月 日接種	1期初回3回目	年 月 日接種																																																																				
追 加	年 月 日接種	1期追 加	年 月 日接種																																																																				
2 小児用肺炎球菌ワクチン 1回目	年 月 日接種	※三種混合・ポリオに関しては四種混合欄にご記入ください。																																																																					
2回目	年 月 日接種	5 BCG	年 月 日接種																																																																				
3回目	年 月 日接種	6 麻しん・風しん 第1期	年 月 日接種																																																																				
追 加	年 月 日接種	(MR) 第2期	年 月 日接種																																																																				
3 B型肝炎 1回目	年 月 日接種	7 水 痘 1回目	年 月 日接種																																																																				
2回目	年 月 日接種	2回目	年 月 日接種																																																																				
3回目	年 月 日接種	8 日本脳炎 I期初回1回目	年 月 日接種																																																																				
		I期初回2回目	年 月 日接種																																																																				
		I期追 加	年 月 日接種																																																																				
1 ロタウイルス	年 月 日接種	3 インフルエンザ	0歳 1歳 2歳 3歳 4歳 5歳																																																																				
	年 月 日接種	4 その他	()																																																																				
	年 月 日接種	()	年 月 日接種																																																																				
2 おたふくかぜ	年 月 日接種	()	年 月 日接種																																																																				
配慮してほしい点(緊急時の薬、薬物アレルギー等)																																																																							
処理欄	可・否 (却下理由)	特記事項	登録日 登録番号																																																																				