

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)				
1 突発性発疹	2 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)				
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。	5 BCG	年 月 日接種	
2 回目	年 月 日接種	6 麻しん・風しん 第1期	年 月 日接種	
3 回目	年 月 日接種	(MR) 第2期	年 月 日接種	
追 加	年 月 日接種	7 水 痘 1 回目	年 月 日接種	
3 B型肝炎 1 回目	年 月 日接種	2 回目	年 月 日接種	
2 回目	年 月 日接種	8 日本脳炎 I 期初回 1 回目	年 月 日接種	
3 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	
	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	