

伊万里市長 様

すこやか使用登録申請書

保護者	住 所	〒 ー 伊万里市 町 番地	
	ふりがな		電話(自宅・携帯)
	氏 名		勤務先名
			電話(勤務先)

すこやかの使用登録をしたいので、伊万里市病後児保育室すこやか条例施行規則第6条第1項の規定により申請します。

使用児童	ふりがな		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日生	
	愛 称		年 齢	歳 か月	
	住 所	〒 ー 伊万里市 町 番地			
	電 話		F A X		
	兄 弟 姉 妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
	通園等施設名				
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生			
	保 険 の 種 別	国保・社保・共済・その他()	保 険 証 記 号 番 号		
	子 ども の 医 療 費 受 給 者 番 号				

予 防 接 種 等	BCG：未 ・ 済
	不活化ポリオ：未 ・ 済(I 期初回1・2・3・I 期追加)
	三種混合：未 ・ 済(I 期初回1・2・3・I 期追加)
	四種混合：未 ・ 済(I 期初回1・2・3・I 期追加)
	麻しん：未 ・ 済(かかった年齢 歳)
	風しん：未 ・ 済(かかった年齢 歳)
	麻しん・風しん混合ワクチン：未 ・ 済
	水ぼうそう：未 ・ 済(かかった年齢 歳)
	おたふくかぜ：未 ・ 済(かかった年齢 歳)
	日本脳炎：未 ・ 済(1・2・追加)
	B型肝炎：未 ・ 済(かかった年齢 歳)
	ヒブ：未 ・ 済(I 期初回1・2・3・I 期追加)
	小児肺炎：未 ・ 済(I 期初回1・2・3・I 期追加)
その他(具体的に)：	

(裏)

これまでの病気	けいれん：初回 歳 か月・最後は 歳 か月・これまでに 回
	熱性けいれん：初回 歳 か月・最後は 歳 か月・これまでに 回
	喘息：ない・ある 喘息様気管支炎：(毎日・発作時だけ)薬を飲んでいる ・ 薬を飲んでいない (毎日・発作時だけ 時間おき)吸入療法をしている・吸入療法をしていない
	アトピー性皮膚炎：ない ・ ある(治療は 内服薬・外用薬・食事療法)
	その他の病気(具体的に)
	入院したこと：ない ・ ある(病名 歳 か月) (病名 歳 か月) (病名 歳 か月) (病名 歳 か月) (病名 歳 か月)
常時内服している薬	けいれん、喘息、アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば具体的にお書きください。 (内服時間も)
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。
その他	体質(アレルギー等)や癖などについて心配なこと、また配慮してほしいことについて具体的にお書きください。