

令和 年度 病児及び病後児保育事業 送迎対応 利用登録申請書

年 月 日

松 阪 市 長 宛

申 請 者 住 所 松阪市

保護者名

病児・病後児保育施設送迎対応利用の登録を申請します。

利用 児 童	フリガナ 名 前		性 別	生年 月日	年 月 日
	住 所	松阪市			
	園 名	園			
緊急 連 絡 先		名 前	電話番号	勤務先	電話番号
	父				
	母				
	続柄				

※利用可能な児童は教育保育給付認定2号認定・3号認定のみ

出生の状況	妊娠期間 妊娠第()週	出生体重()g	
	出生児の状態：正常・異常()		
1ヶ月 健康診査	<input type="checkbox"/> 受診(正常・要観察) <input type="checkbox"/> 未受診	4ヶ月 健康診査	<input type="checkbox"/> 受診(正常・要観察) <input type="checkbox"/> 未受診
10ヶ月 健康診査	<input type="checkbox"/> 受診(正常・要観察) <input type="checkbox"/> 未受診	1歳6ヶ月 健康診査	<input type="checkbox"/> 受診(正常・要観察) <input type="checkbox"/> 未受診
3歳6ヶ月 健康診査	<input type="checkbox"/> 受診(正常・要観察) <input type="checkbox"/> 未受診		
「今までにかかった病気」または「現在も経過をみている病気」			
ひきつけ	有 ・ 無		
アレルギー	有 ・ 無		
その他	有 ・ 無		
かかりつけ医		服薬：有り・無し 有りの場合の処方薬名	
その他の注意事項			

予 防 接 種 の 状 況							
ヒブ (Hib)	第 1 期	1 回	済 ・ 未	BCG	済 ・ 未		
		2 回	済 ・ 未	M R	1 期	済 ・ 未	
		3 回	済 ・ 未		2 期	済 ・ 未	
肺炎球菌	第 1 期	1 回	済 ・ 未	水 痘	1 期	済 ・ 未	
		2 回	済 ・ 未		2 期	済 ・ 未	
		3 回	済 ・ 未	日本脳炎	第 1 期	1 回	済 ・ 未
	第 1 期追加		済 ・ 未			2 回	済 ・ 未
四種混合	第 1 期	1 回	済 ・ 未	B型肝炎	1 期追加		済 ・ 未
		2 回	済 ・ 未		1 回	済 ・ 未	
		3 回	済 ・ 未		2 回	済 ・ 未	
	第 1 期追加		済 ・ 未		3 回	済 ・ 未	
三種混合	第 1 期	1 回	済 ・ 未	ロタウイルス	1 回	済 ・ 未	
		2 回	済 ・ 未		2 回	済 ・ 未	
		3 回	済 ・ 未		3 回	済 ・ 未	
	第 1 期追加		済 ・ 未				

子 ども の 様 子 (登録申請時)
食 事
排 泄
睡 眠
あそび
ことば
備 考

児童引き渡し時の保護者の運転免許証等 (顔写真の確認できる証明書) の確認	
<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 (続柄: _____)