様式第１号（第１０条関係）

熊谷市病児・病後児保育事業利用登録申請書

熊谷市長　宛　　令和　　年　　月　　日

ふりがな 児童氏名		男 女	お子さんの愛称	生年月日　　年　　月　　日 年　齢　　歳　　か月

保護者	父	氏　名	携帯電話　－　－
		勤務先名・部署	勤務先電話　－　－
	母	氏　名	携帯電話　－　－
		勤務先名・部署	勤務先電話　－　－
	住所	〒　－　熊谷市	電話　－　－
	兄弟	いない ・ いる （　歳：男・女）（　歳：男・女）（　歳：男・女）	

緊急連絡先	１	電話番号　－　－	続柄	
	２	電話番号　－　－	続柄	
	保育所・幼稚園・学校名		電話番号　－　－	
	かかりつけ医		電話番号　－　－	

発達	１歳半までの方は記入してください。		
	検診で指摘を受けたことはありますか（ ある ・ ない ）		
	出生時体重　　g	在　胎　　週	首のすわり　　か月
	おすわり　　か月	一人歩き　　か月	栄 養 法（ 母乳・人工・混合 ）

予防接種	Ｂ型肝炎 □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）□3回（　年　月）□追加（　年　月）
	Ｈ ｉ ｂ □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）□3回（　年　月）□追加（　年　月）
	肺炎球菌 □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）□3回（　年　月）□追加（　年　月）
	ロタウイルス □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）□3回（　年　月）
	四種混合 □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）□3回（　年　月）□追加（　年　月）
	ポリオ □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）　ＢＣＧ □無 □済（　年　月）
	麻しん（はしか）・風しん混合 □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）
	日本脳炎 □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）□追加（　年　月）
	水　痘 □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）
	おたふく □無 □1回（　年　月）□2回（　年　月）その他（　）

感染症歴	麻しん(はしか)：　歳　か月	水痘：　歳　か月	百日咳：　歳　か月
	突発性発疹：　歳　か月	風しん：　歳　か月	おたふく：　歳　か月
	Ｂ型肝炎：　歳　か月 （ キャリアー・キャリアーでない ）		
	熱性けいれんの有無（ ある・ない ）　ダイアップの利用（ ある・ない ）		
	今までに大きな病気になったことがありますか（ はい・いいえ ）詳細：		
ｱﾚﾙｷﾞｰ	食物： ない・ある （品名：　）その他：		

※市及び実施施設で児童の情報を共有します。　　登録番号＿＿＿＿＿＿