

（表）

病児保育事業利用申込書				
筑西市長 様		年 月 日		
		(利用保護者) 住 所		
		氏 名 印		
		電話番号（自宅）		
		（携帯）		
<p>病児保育事業を利用したいので、筑西市病児保育事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申し込みます。</p>				
フリガナ		男・女	認定者番号	
病児氏名			生年月日	年 月 日（歳 月）
在籍園・学校名			かかりつけ病院等	
世帯の状況	続柄	氏名	事業の利用が必要な理由	勤務先等
	父			
	母			
生活保護等の適用	該 当 ・ 該 当 し な い			
緊急連絡先	1		電話番号	
	2		電話番号	
利用施設名				
利用日	年 月 日から 年 月 日まで	利用時間	時から	時まで
アレルギー体質の有無 無 ・ 有（詳細に ） 注意してほしい問題点				
（注） 既往症及び予防接種の状況について裏面に記載して下さい。				

(裏)

既往症（これまでにかかった病気全てに○を付けて下さい。）		
1 突発性発疹	2 麻疹 はしか	3 水ぼうそう
4 風疹 三日ばしか	5 咽頭結膜炎プール熱	6 流行性耳下腺炎
7 ヘルパンギーナ夏かぜ	8 百日咳	9 手足口病
10 感染性紅はんにんご病	11 熱性けいれん	12 川崎病
13 異型肺炎	14 結核	15 喘息
16 溶連菌感染症	17 アトピー性皮膚炎	18 食物アレルギー
19 その他（		）
予防接種（これまでを受けたもの全てに○をつけてください。）		
1 ヒブ（インフルエンザ菌 b型）  ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	2 小児用肺炎球菌  ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	3 4種混合（百日咳・ジフ テリア・破傷風・不活化ポ リオ）  ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
4 BCG	5 水痘  ・ 初回（1回目） ・ 追加（2回目）	6 MR（麻疹風疹混合）  1期・2期
7 日本脳炎  1期初回（1回目・2回目） ・ 1期追加 ・ 2期	8 インフルエンザ	9 その他  （
備考		）