

つくば市病後児保育事業利用申請書

利用希望年月日	(全日)平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間) 時 分 ~ 時 分まで												
	(半日)平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分まで												
昼食	( 要 ・ 不要 ・ お弁当持参 ) 《 ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食 (前期・中期・後期) ・ 乳児食 ・ 下痢食 》												
ふりがな お子様の氏名	..... 体重 kg 年 月 日生 ( 男 ・ 女 ) ( 歳 ヶ月)												
通っている保育所等													
保護者氏名	続柄 ( )												
自宅住所	電話												
緊急連絡先	1. 氏名 続柄 ( ) 電話 勤務先等名												
	2. 氏名 続柄 ( ) 電話 勤務先等名												
利用の理由 (保護者について) 1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校等の公的行事 9. その他( )													
既往歴	<table border="1"> <thead> <tr> <th>今までに行った予防接種</th> <th>今までにかかったことのある病気</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>三種混合 年 月</td> <td>百日咳 年 月</td> </tr> <tr> <td>麻疹(はしか) 年 月</td> <td>麻疹(はしか) 年 月</td> </tr> <tr> <td>耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月</td> <td>耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月</td> </tr> <tr> <td>水痘(みずぼうそう) 年 月</td> <td>水痘(みずぼうそう) 年 月</td> </tr> <tr> <td>その他( )</td> <td>風疹 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	今までに行った予防接種	今までにかかったことのある病気	三種混合 年 月	百日咳 年 月	麻疹(はしか) 年 月	麻疹(はしか) 年 月	耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月	耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月	水痘(みずぼうそう) 年 月	水痘(みずぼうそう) 年 月	その他( )	風疹 年 月
	今までに行った予防接種	今までにかかったことのある病気											
三種混合 年 月	百日咳 年 月												
麻疹(はしか) 年 月	麻疹(はしか) 年 月												
耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月	耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月												
水痘(みずぼうそう) 年 月	水痘(みずぼうそう) 年 月												
その他( )	風疹 年 月												
けいれんを起こしたことがありますか? ( 有 ・ 無 ) アレルギー ( 有 ・ 無 ) 《除去内容: 》 ※食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書き下さい													

