

つくば市乳幼児健康支援デイサービス事業利用申請書

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													

