

春日部市病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

実施施設の長 あて

ふりがな 対象児童氏名		男 女	生年月日	年	月	日
				歳	か月	
保 護 者	父・氏名		対象児童の愛称			
	母・氏名					
	自宅住所（〒 — ）					
自宅電話番号 — —						
緊 急 連 絡 先	父	勤務先電話番号 — —		(内線)		勤務先名・部署
		携帯電話番号 — —				
	母	勤務先電話番号 — —		(内線)		勤務先名・部署
		携帯電話番号 — —				
保育所又は小学校名			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。					
	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)				
感 染 症 歴	麻疹 (はしか) : 歳 か月		水ぼうそう : 歳 か月			
	百日咳 : 歳 か月		おたふくかぜ : 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) ダイアップを使用している (はい・いいえ)					
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)						

裏面（予防接種歴）もご記入ください。

※登録番号

予防接種歴

種類	対象年齢	接種日
ロタウイルス感染症	生後6週になった日の翌日～生後32週になる日の翌日	第1回： 年 月 第2回： 年 月 第3回： 年 月
B型肝炎	1歳の誕生日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月 第3回： 年 月
ヒブ（インフルエンザ菌b型）	生後2か月～7か月になる日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月 第3回： 年 月 第4回： 年 月
	生後7か月～1歳の誕生日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月 第3回： 年 月
	1歳～5歳の誕生日の前日まで	年 月【1回】
小児用肺炎球菌（13価）	生後2か月～7か月になる日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月 第3回： 年 月 第4回： 年 月
	生後7か月～1歳の誕生日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月 第3回： 年 月
	1歳～2歳の誕生日の前日まで	年 月
	2歳～5歳の誕生日の前日まで	年 月
四種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ）	生後3か月～7歳6か月になる日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月 第3回： 年 月 追加： 年 月
BCG	1歳の誕生日の前日まで	年 月
麻しん・風しん混合【1・2期】	1歳～2歳の誕生日前日まで	【1期】 年 月
	幼稚園、保育所等の年長児	【2期】 年 月
水痘	1歳～3歳の誕生日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月
日本脳炎【1期】	3歳～7歳6か月になる日の前日まで	第1回： 年 月 第2回： 年 月 追加： 年 月
日本脳炎【2期】	9～13歳の誕生日の前日まで	年 月
二種混合（ジフテリア・破傷風）	11～13歳の誕生日前日まで	年 月