

児童氏名 _____

○予防接種の記録(母子健康手帳をお持ちください。予防接種欄の写しでも可。)
 予防接種歴確認 済 ・ 未

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

感染症歴	麻疹(はしか)	歳	か月	おたふくかぜ	歳	か月	その他 []	歳	か月
	風疹	歳	か月	百日咳	歳	か月	その他 []	歳	か月
	水ぼうそう	歳	か月	突発性発疹	歳	か月	[]	歳	か月
	喘息	薬 吸入	毎日・発作時・無	熱性けいれん	初回	歳	か月	アトピー性	内服薬
		毎日・発作時・無	()回	最近	歳	か月	皮膚炎	食事療法	

○その他留意事項

その他	アレルギーの有無	無 ・ 有
	食物アレルギー	牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他 ()
	薬物アレルギー	種類等 ()
	※「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。	
入院の経験	無 ・ 有 (歳 か月 病名)	
発育・発達の状況	(ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない)	
その他心配なこと、配慮して欲しいこと、等について記入してください。		

○医療保険証及び乳幼児医療等資格者証

保険証等	医療保険証	種別	国保・協会けんぽ・組合健保・共済組合	世帯主・加入者	
		記号		保険者名	
		番号		有効期限	
	乳幼児医療証等	負担者番号		受給者資格者番号	

利用についての同意事項	<p>子どもの安心・安全な保育に万全を期すため、及び一時預かり事業(以下「事業」という。)の円滑な運営に資するため、次の事項に同意します。</p> <p>1 本事業に係る利用料を決定するため、私及び世帯員の住民基本台帳、市町村民税課税状況に関する情報を確認すること。</p> <p>2 利用に際し、この申請書の写しを事業実施施設が取り扱うこと。</p> <p>3 この申請書の記載内容と、事業の実施過程で各市町村及び事業実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、各市町村、各事業実施施設関係機関の間で情報を提供すること。</p> <p>4 別に定める各事業実施施設の規程に従うこと。</p> <p>5 申請内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になること。</p> <p>※利用児が発熱するなど身体状況が急変したときは、保護者に連絡し、速やかに迎えに来ていただきます。</p>
	保護者(申請者)氏名 _____
	印 _____