

### 郡山市病児・病後児保育事業利用申込書

平成 年 月 日

郡山市長

住所  
 保護者氏名 (印)  
 電話 - -  
 (緊急時) - -

次のとおり利用したいので申込みます。 ※ 太線内は、記入しないでください。

(ふりがな)		男・女	生年月日	平成 年 月 日生
児童氏名			歳 か月	
現在の保育状況	1 保育所・小学校等 ( ) 2 家庭・その他 ( )			
世帯員の状況	氏名	児童との続柄	年齢	勤務先 電話
			歳	-
			歳	-
			歳	
			歳	
			歳	
健康状態	食欲:良好・ふつう・不良 睡眠状態:良好・ふつう・不良 機嫌:良好・ふつう・不良 便秘:良好・ふつう・不良			
主な症状及び経過				
かかりつけの医療機関	電話番号 -			
利用を希望する理由	1 労働 2 職業訓練 3 就学 4 傷病 5 出産 6 事故 7 看護又は介護 8 冠婚葬祭 9 その他 ( )			
利用希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
利用希望時間	午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分 まで			
予防接種歴 (今までに受けたものに○をつけて下さい。)	1 BCG 2 三種混合【DPT】 (I期1回・2回・3回、I期追加) 3 ポリオ【生】 (1回・2回) 【不活化】 (1回・2回・3回・4回) 4 日本脳炎 (1回・2回・追加) 5 MR【麻疹・風疹】 (1回・2回) 6 四種混合【DPT-IPV】 (1回・2回・3回・4回) 7 水痘 (1回・2回) 8 おたふくかぜ 9 ヒブ (1回・2回・3回・4回) 10 肺炎球菌 (1回・2回・3回・4回) 11 B型肝炎 (1回・2回・3回) 12 ロタウィルス (1回・2回・3回・4回)			
既往歴 (今までにかかった病気に○をつけて下さい。)	1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 熱性けいれん 7 アレルギー 有(除去食: ) ・ 無 8 その他 ( )			
実施施設の確認	病児 可・否	医療機関名		
	病後児 可・否	医師名		(印)

上記の申込について、承諾(不承諾)してよろしいか伺います。

不承諾の理由					
課長	課長補佐	係長	係員	起案日	平成 年 月 日
				決裁日	平成 年 月 日
				施行日	平成 年 月 日