様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

高松市病児保育事業登録申出書

ふりがな		生年月日		年　月　日	
児 童 氏 名		性別	男・女	年齢	歳　月
自 宅 住 所					
電 話 番 号					
保育所（こども園・幼稚園・小学校）名					
かかりつけの医療機関名					
保護者氏名		続　柄（　）	勤務先名		
			勤務先電話番号		
			携帯電話番号		
		続　柄（　）	勤務先名		
			勤務先電話番号		
			携帯電話番号		
		続　柄（　）	勤務先名		
			勤務先電話番号		
			携帯電話番号		

既往症　（今までにかかった病気すべてに○を付けてください。）

1 突発性発疹　2 麻疹（はしか）　3 風疹
4 水痘（みずぼうそう）　5 先天性疾患　6 熱性けいれん
7 マイコプラズマ肺炎　8 喘息　9 てんかん
10 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　11 川崎病
12 治療中の慢性疾患（詳細に　　）
13 その他（　　）

アレルギー体質の有無	有　（詳細に　　）・　無
アナフィラキシーショックの有無	有　・　無

予防接種　（これまでに受けたものすべてに○を付けてください。）

1 ＢＣＧ　2 四種混合（１・２・３・追加）
3 ＭＲワクチン(麻疹・風疹)（１・２）　4 日本脳炎（１・２・追加・２期）
5 Ｂ型肝炎ワクチン（１・２・３）　6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
7 水痘（みずぼうそう）　8 ヒブワクチン
9 小児用肺炎球菌ワクチン　10 ロタウイルスワクチン
11 その他（　　）

注意して欲しい点