

第1号様式（第5条関係）

日野市子ども家庭在宅サービス・ショートステイ利用申請書

フリガナ 申請者（保護者）氏名 (児童との続柄 )		フリガナ 児童氏名 生年月日 年 月 日 (男・女)			
住所 〒 日野市 電話番号 — —					
申請理由					
利用期間	年 月 日～ 月 日				
利用時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分				
児童の送迎者	送り	氏名		年齢	児童との続柄
	迎え	氏名		年齢	児童との続柄
緊急連絡先 1	住所				電話番号
	名称				
緊急連絡先 2	住所				電話番号
	名称				
緊急連絡先 3	住所				電話番号
	名称				
健康保険	被保険者氏名			記号番号	
	保険者番号			名称	
医療証					
<p>日野市長 様</p> <p>上記のとおり、日野市子ども家庭在宅サービス・ショートステイの利用を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者氏名 印</p>					

お子様について教えてください

- ・お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月
- ・首がすわったのはいつですか? \_\_\_\_\_ ヶ月頃
- ・歩き始めたのはいつですか? \_\_\_\_\_ ヶ月頃
- ・ことばについて 喃語 (アー、バブー等の赤ちゃん語) 言える・言えない  
 単語 言える・言えない  
 会話 できる・できない
- ・特に気になるところ (遅れ等) がありますか?  
 具体的に \_\_\_\_\_

予防接種	接種の有無	接種日	接種時の年齢
ツ反	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
BCG	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
ポリオ 1回	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
ポリオ 2回	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
はしか	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
三種混合 1回	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
三種混合 2回	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
三種混合 3回	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月
日本脳炎	受けた ・ 受けてない	年 月 日	歳 ヶ月

既往症	かかったかどうか	かかった日	その時の年齢
突発性発疹	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
はしか	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
風疹	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
みずぼうそう	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
おたふくかぜ	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
肺炎・気管支炎	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
心臓病 (病名 )	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
ひきつけ	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
その他 ( )	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
入院した病気 ( )	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月

・何かアレルギーがありますか?

病名	アレルゲン	病状及び治療法	留意点
食物 (含むミルク) アレルギー			
アトピー性皮膚炎			
喘息			
花粉症 (鼻炎・結膜炎)			
その他			



2. 下痢をしていますか？            はい      いいえ

3. 上記以外の健康面で気になることがありますか？

---

4. 薬を飲んでいますか？            はい      いいえ

→病名\_\_\_\_\_ 薬の種類\_\_\_\_\_

☆特に注意して欲しいことがありましたらご記入ください \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---