

令和〇年 〇月 〇日

江田島市長 宛

申請者(保護者)住所 江田島市〇〇町△△ ×-▽
 氏名 〇〇 □□ 印
 連絡先 ×××-××××-××××

(ふりがな)		男	生年月日 (〇歳□か月)
児童氏名	〇〇 ××	女	平成〇〇年 □月 △日生
住所 (〒 737 - 〇〇××)	電話番号 ××× (××××) ××××		
広島県江田島市〇〇町△△ × - ▽			
児童の世帯状況			
続柄	氏名	生年月日	性別 勤務先及び電話番号
父	〇〇 △△	S〇〇.〇.〇	男 (株)〇商店 ***-***-***
母	〇〇 □□	S〇〇.〇.〇	女 ***-***-***
子	〇〇 ××	H〇〇.□.△	男
通園・通学先	〇〇保育園	電話	***-***-***
主治医名	〇〇医院 〇〇 〇〇	電話	***-***-***

普段利用されている医療機関名
とお分りでしたら、かかりつけ
医の氏名をご記入ください

周産期	以下の項目については、母子健康手帳等の内容を参考に記入をお願いします。		
乳児期の発達	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養法(母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期(前期： 〇 か月 中期： 〇 か月 後期： 〇 か月) 乳児食： 〇 歳 〇 か月 ・人見知り： 〇 か月 母親の後追い： 〇 歳 〇 か月 ・初語(意味のあることば)： 〇 歳 〇 か月 		
予防接種	※予防接種を行った回数に〇をしてください。		
	ヒブ	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)	B型肝炎 (1 ・ 2 ・ 3)
	肺炎球菌	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)	水痘 (1 ・ 2)
	生ポリオ	(1 ・ 2)	不活性ポリオ (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)
	三種混合	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)	四種混合 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)
	B C G	未 ・ 済 (〇 年 〇 月実施)	
	MR (麻しん・風しん混合)	(1 ・ 2)	
	麻しん	(1 ・ 2)	風しん (1 ・ 2)
	日本脳炎	I期 (1 ・ 2 ・ 追加) ・ II期	
	その他：		

(裏面もご記入ください)

感染症歴	麻しん： 歳 か月	風しん： 歳 か月	水痘： 歳 か月
	百日せき： 歳 か月	おたふくかぜ： 歳 か月	
	B型肝炎： 歳 か月 (キャリア ない・ある)		
	その他(具体的に)：		
これまでの主な病気・事故	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>以下の項目については、当てはまる項目や配慮を要する点等がございましたら、記入をお願いします。</p> </div>		
	通院した主な病気	(病名)	歳 か月)
		(病名)	歳 か月)
		(病名)	歳 か月)
		(病名)	歳 か月)
	入院したこと	ない・ある (病名)	歳 か月)
	(病名)	歳 か月)	
	(病名)	歳 か月)	
	(病名)	歳 か月)	
常時内服している薬等	ぜん息： 毎日 薬を飲んでいるか (いる・いない・発作時だけ)		
	毎日 吸入療法をしているか (いる・いない・発作時だけ)		
その他，アトピー性皮膚炎，けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的に書きください。(内服時間も)			
申請児童の注意事項	ア 食事制限 (アレルギー) の有無・偏食等		
	イ その他体質，癖又は障害など心配なこと。		
その他	(心配なこと，配慮してほしいこと，好きな遊び等について記入してください)		