

加東市病児病後児保育施設利用登録届

年 月 日

加 東 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

病児病後児保育施設の利用登録について、次のとおり申し込みます。

なお、加東市病児病後児保育施設利用登録届を加東市病児病後児保育施設に送付すること並びに加東市が市で保管する住民記録情報及び利用料決定のため個人に属する情報を閲覧することについて同意いたします。

児童に関すること	(ふりがな) 氏名		性別	男 女	生年月日 年 月 日生(歳 箇月)		
	住所 (〒 -)		電話番号 ()				
	通園・通学先等		電話番号 ()				
	出生時の異常(無・有) 発育・発達の状況【気になることが ない・ある ()】						
	かかりつけの病院等 名称 主治医名 住所 電話番号 ()						
保護者	氏名 続柄()			氏名 続柄()			
	勤務先	名称		勤務先	名称		
		住所			住所		
電話		電話					
予防接種	BCG	年 月	ヒブ ①	年 月	ポリオ ①	年 月	
	水痘 ①	年 月	②	年 月	②	年 月	
	②	年 月	③	年 月	三種混合又 ①	年 月	
	麻しん・風 ①	年 月	追加	年 月	は四種混合 ②	年 月	
	しん混合 ②	年 月	小児用 ①	年 月	(1期) ③	年 月	
	日本脳炎 ①	年 月	肺炎球菌 ②	年 月	追加	年 月	
②	年 月	③	年 月	おたふくかぜ	年 月		
追加	年 月	追加	年 月	()	年 月		
既往歴	麻しん	歳 箇月	アトピー性	内服薬	水痘	歳 箇月	
	風しん	歳 箇月	皮膚炎	食事療法	百日咳	歳 箇月	
	喘息 薬 毎日・発作時		熱性	初回 歳 箇月	おたふくかぜ	歳 箇月	
	吸入 毎日・発作時		けいれん	最近 歳 箇月	()	歳 箇月	
その他	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 ()						
	入院の経験 無・有 (歳 箇月、病名:)						
	無・有 (歳 箇月、病名:)						
その他 (心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください。)							