

加東市病児病後児保育施設利用登録事項変更届

年 月 日

加 東 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

児童氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生
------	--	----	-----	------	--------

病児病後児保育施設利用登録届の記載事項について、次の箇所に変更がありましたので届け出ます。（※変更があった箇所のみ記載してください。）

児童に関する こと	住所（〒 - ）		電話番号（ ）					
	通園・通学先等		電話番号（ ）					
	発育・発達の状況（ ふう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない ）							
	かかりつけの病院等 名称		主治医名					
	住所		電話番号（ ）					
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	(2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		
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						
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。）								