

記入例

様式第1号（第4条関係）

登録番号

加東市病児病後児保育施設利用登録届

令和 年12月1日

加東市長様

申請者住所 加東市社50番地

氏名 加東太郎

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) かとう いちろう 氏名 加東 一郎		性別 男 女	生年月日 〇年5月5日生〇歳〇箇月	
	住所 (〒 673-1431) 加東市社50番地 電話番号 0795 (42) 3301				
	通園・通学先等 加東みらいこども園 電話番号 0795 (42) 4150				
	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 加東市民病院 主治医名 〇〇先生 住所 加東市家原85 電話番号 0795 (42) 5511				
保護者	氏名 加東太郎 続柄(父)		氏名 加東花子 続柄(母)		
	勤務先 名称 加東市役所 住所 加東市社50番地 電話 0795-42-3301	勤務先 名称 加東市民病院 住所 加東市家原85番地 電話 0795-42-5511			
予防接種	BCG 〇年9月	ヒブ ① 〇年7月	ポリオ ① 〇年12月		
	水痘 ① 〇年7月 ② 年 月	② 〇年8月 ③ 〇年10月	② 〇年12月		
	麻しん・風 ① 〇年6月 しん混合 ② 年 月	追加 〇年6月	三種混合又 ① 〇年8月 は四種混合 ② 〇年10月 (1期) ③ 〇年10月		
	日本脳炎 ① 〇年5月 ② 〇年5月 追加 年 月	小児用 ① 〇年7月 肺炎球菌 ② 〇年8月 ③ 〇年10月 追加 〇年6月	追加 〇年10月 おたふくかぜ 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 3歳 箇月		
	喘息 薬 毎日・発作時 吸入 毎日・発作時	熱性 初回 歳 箇月 けいれん 最近 歳 箇月	おたふくかぜ 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。)				