様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

神崎郡病児病後児保育施設利用登録届

神河町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

私は、神崎郡病児病後児保育施設利用について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | |  | | | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳　　箇月） | | |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | | | 電話番号 |  |
| 通園・通学施設名 | | | | ℡ | | | | | |
| かかりつけ医 | | | | 名称　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　℡ | | | | | |
| 保護者 | 氏　名 | | 続柄 | | | 勤務先 | ℡ | | |
| 氏　名 | | 続柄 | | | 勤務先 | ℡ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急時の連絡先 | | 第1連絡先　氏名　　　　　　　　　　続柄　　　　　℡ | |
| 第2連絡先　氏名　　　　　　　　　　続柄　　　　　℡ | |
| 出生時の異常 | | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 予防接種 | ☆下記の□に☑を記入してください | | |
| □インフルエンザ菌ｂ型(Hib) | | □ポリオ |
| □小児用肺炎球菌 | | □三種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風) |
| □Ｂ型肝炎 | | □四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) |
| □ＢＣＧ | | □麻しん・風しん |
| □水痘（みずぼうそう） | | □日本脳炎 |
| □ロタウイルス（□１価、□５価） | | □おたふくかぜ |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 既往歴 | ・麻しん（はしか）　・水痘（水ぼうそう）　・風しん　・百日咳　・てんかん　・川崎病  ・熱性けいれん　・気管支炎　・おたふくかぜ（流行耳下腺炎）　・結核　・突発性発しん　・喘息  ・アトピー性皮膚炎　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| その他注意事項 | 食物アレルギー　　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 入院の経験　　なし　・　あり　（病名：　　　　　歳　　カ月）（病名：　　　　　歳　　カ月） | | |
| 配慮してほしいこと等伝えておきたいことがあれば、具体的に記入してください。  （生まれつきの病気や手術歴・既往症・気になる発達の状況など） | | |