

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	TEL _____			
かかりつけ医	名称	主治医名		TEL _____
保 護 者	氏 名	続柄	勤務先	TEL _____
	氏 名	続柄	勤務先	TEL _____
緊急時の連絡先	第1連絡先 氏名	続柄	TEL _____	
	第2連絡先 氏名	続柄	TEL _____	
出生時の異常	なし ・ あり (_____)			
予 防 接 種	★下記の口に☑を記入してください			
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)	<input type="checkbox"/> ポリオ		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 三種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)		
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん		
	<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス(☐1価、☐5価)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		
	<input type="checkbox"/> 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)			