

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"/> B C G		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合		
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎	<input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう)		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (<input type="checkbox"/> 1 価、 <input type="checkbox"/> 5 価)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌 b 型(Hib))	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		
既 往	・麻しん (はしか) ・風しん ・水痘 (水ぼうそう) ・おたふくかぜ (流行耳下腺炎) ・突発性発しん ・熱性けいれん ・百日咳 ・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。 (現在治療中の疾患・生まれつきの病気や手術歴・気になる発達の状況など)			