

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<br>児童氏名                    |   | 男<br>女   | 生年月日      | 年 月 日 ( 歳 箇月) |
| 住<br>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<br>護<br>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<br>防<br>接<br>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 ( <input type="checkbox"/> 1価、 <input type="checkbox"/> 5価 )                            | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ                  |           |               |
|                                 | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )  |  |           |               |
| 既<br>往<br>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<br>・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<br>・アレルギー性皮膚炎 ・その他 ( _____ ) |  |           |               |
| そ<br>の<br>他<br>注<br>意<br>事<br>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。<br>(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)   |  |           |               |