

別記様式第1号

川西町病児保育事業利用登録書

令和 年 月 日

川西町長 宛

保護者 下
住 所
氏 名
電話番号 ()

次のとおり病児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

- (1) 記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。
- (2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

実施施設				登録番号			
登録を希望する理由							
登 録 児 童	児童氏名 (ふりがな)	性別	生年月日		通園施設名		
		男	年	月	日	() 保育所	TEL _____
		女	(歳	ヶ月)	() 幼稚園	TEL _____	
かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生						
新生児期	出産時の異常 (有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れている・わからない				
予 防 接 種	三種混合	受けていない・受けた (I期1回 2回 3回 I期追加)					
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた (1回・2回)			
	はしか (麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた			
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた			
これまでにかかった主な感染症や病気 ーかかった病気に○をつけてくださいー							
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん (回数 回。最後はいつ 年 月 日。座薬の指示 有・無) 8. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他 ()							
入院したこと	ない・ある (具体的に:)						
食事制限	ない・ある (具体的に:)						
その他	体質 (薬物アレルギー等) や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。						
登 録 児 童 以 外 の 世 帯	氏 名	続柄	生年月日	会社・学校名等	電話番号		
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL				
	氏名	続柄	TEL				