

大町市病児・病後児保育事業登録申請書

大町市長 殿

下記のとおり保育の登録を申請します。

登録児童	フリガナ 氏名		生年月日	性別
			年 月 日 (歳 ヶ月)	男 女
	申請者	印 ※直筆の場合は押印不要	メールアドレス (任意)	
	自宅住所	〒	自宅電話	- -
			携帯電話	- -
	通所施設名	() 保育園 / 幼稚園 / こども園 / 認可外保育施設		
かかりつけ医	無・有 ()			
家族構成	続柄	氏名	保護者連絡先	
			勤務先	
			連絡先	
			勤務先	
			連絡先	
新生児期	出生時の異常 無・有 ()			
予防接種	BCG	受けていない・受けた	三種混合	受けていない・受けた
	四種混合	受けていない・受けた	肺炎球菌	受けていない・受けた
	Hib	受けていない・受けた	ロタ	受けていない・受けた
	肺炎球菌	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた
	日本脳炎	受けていない・受けた	(経口 回 / 注射 回)	
	その他接種したもの	() () ()		
病歴	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. 食物アレルギー 7. 熱性けいれん (回/ 直近 年 月 日/ 座薬の指示 ℃以上)			
	8. アトピー性皮膚炎 9. ぜんそく及びぜんそく様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ)			
	10. その他 (病名: 歳 ヶ月)			
入院歴	なし・あり	(病名: 歳 ヶ月)		
		(病名: 歳 ヶ月)		
	常時内服している薬	なし・あり ()		
	常時使用している軟膏	なし・あり ()		
	除去食	なし・あり ()		
その他	心配なこと、配慮が必要なことについて具体的に記入ください。			