

病後児保育登録申込書

(宛先) 飯 綱 町 長

年 月 日

飯綱町病後児保育の登録を、下記の通り申し込みます。

保護者住所：\_\_\_\_\_

保護者氏名：\_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) ㊞

登録乳幼児	ふりがな 氏名	性別	生年月日
	通園名等	男・女	年 月 日 ( 歳 か月)
保護者	連絡先	自宅：	勤務先 名称：
		携帯：	
緊急連絡先	①氏名 (続柄 _____) 連絡先		
	②氏名 (続柄 _____) 連絡先		
かかりつけ医	病院・医院 ( _____ 医師) 連絡先		
予防接種 (接種済のものに☑してください)	<input type="checkbox"/> Hib (ヒブ) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> MR (麻疹・風疹) 1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) その他 ( _____ )		
これまでにかかった、感染症や病気に☑、記入をしてください	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 ( ノロウイルス・ロタウイルス・その他 ) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (回数： _____ 回) 最後のけいれんはいつでしたか? ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
入院歴	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある (病名： _____ 歳 か月) (病名： _____ 歳 か月)		
常時服用している薬	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある (薬剤名： _____ )		
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある ( _____ )		
与薬の依頼	病後児利用判断書に与薬の指示があった場合、保護者に代わって与薬を依頼致します。 保護者氏名： _____ ㊞		
その他 (心配事や特に伝えておきたいこと等)			