

年 月 日

いの町病後児保育施設利用登録申請書

いの町長 様

申請者氏名

登録児童	ふりがな		男 女	生年月日		
	児童氏名			年 月 日 (歳 か月)		
	住所	いの町		電話番号		
	園・小学校名					
かかりつけ医	電話 (- -)					
家族状況	氏名	年齢	続柄	勤務先	緊急連絡先電話番号	
児童の状況	出生時異常	無・有 ()		発育発達	気になること:	
	かかった病気等	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ				
		6. 食物アレルギー (牛乳・卵・小麦粉・その他)				
		7. 熱性けいれん (回数) (最終 年 月 日) (座薬指示 ℃以上)				
		8. 喘息・喘息用気管支炎 (継続治療中・悪化時のみ治療) (吸入したこと: 有・無)				
		9. 飲み薬・注射で具合が悪くなった (種類) (症状)				
	10. その他 ()					
	入院履歴	(病名: 歳 か月)		(病名: 歳 か月)		
		(病名: 歳 か月)		(病名: 歳 か月)		
	常時内服している薬		薬の名前・回数:			
常時使用している軟膏・吸入薬		薬の名前・回数:				
予防接種	ヒブ (回)・肺炎球菌 (回)・ポリオ (回)・四(三)種混合 (回)					
	BCG ・ MR (回)・水ぼうそう (回)・日本脳炎 (回)					
	B型肝炎 (回)・ロタウイルス (回)・その他 ()					
その他	体質 (湿疹が出やすい、下痢をしやすい、吐きやすい等) やくせ、心配なこと、配慮して欲しいこと等について、具体的にご記入ください。					
特記事項						

令和3年 9 月 1 日

いの町病後児保育施設利用登録申請書

いの町長 様

保護者の名前を記入してください

申請者氏名

いの 花子

登録児童	ふりがな	いの たろう			男 女	生年月日	H30年5月5日 (3歳3か月)		
	児童氏名	いの 太郎							
	住所	いの町	1700番地1		電話番号	088-893-1922			
	園・小学校名	伊野幼稚園							
かかりつけ医	●●病院 吾北 一郎 Dr. 電話 (088 - 893 - 2121)								
家族状況	氏名	年齢	続柄	勤務先	緊急連絡先電話番号				
	いの 良夫	30	父	〇〇株式会社	090-****-****				
	いの 花子	30	母	株式会社〇〇	090-****-****				
	いの 太郎	3	本人						
	全ての世帯員を記入してください					勤務先又は携帯電話番号など連絡のつきやすい番号を記入してください			
児童の状況	出生時異常	無・有 ()		発育発達	気になること:				
	かかった病気等	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ							
		6. 食物アレルギー (牛乳・卵・小麦粉・その他)							
		7. 熱性けいれん (回数) (最終 年 月 日) (座薬指示 °C以上)							
		8. 喘息・喘息用気管支炎 (継続治療中・悪化時のみ治療) (吸入したこと: 有・無)							
		9. 飲み薬・注射で具合が悪くなった (種類) (症状)							
	10. その他 ()								
	入院履歴	(病名:)	歳	か月	(病名:)	歳	か月		
	常時内服している薬	薬の名前・回数:							
	常時使用している軟膏・吸入薬	薬の名前・回数:							
予防接種	ヒブ (4回)・肺炎球菌 (4回)・ポリオ (回)・四(三)種混合 (4回)								
	BCG ・ MR (1回)・水ぼうそう (2回)・日本脳炎 (1回)								
	B型肝炎 (3回)・ロタウイルス (2回)・その他 ()								
その他	体質 (湿疹が出やすい、下痢をしやすい、吐きやすい等) やくせ、心配なこと、配慮して欲しいこと等について、具体的にご記入ください。 下痢をしやすいため、一度に水分を取りすぎないように声かけしてほしい。								
特記事項	心配なことや配慮して欲しいことを具体的に記入してください								