

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)		
	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						