

様式第1号(第7条関係)

病後児保育登録届出書

対象児童名	男・女	愛称	年 月 日生
在籍施設名	緊急連絡先		
保護者名	(1)氏名 () 続柄 () 電話 () 携帯電話()		
住 所	(2)氏名 () 続柄 ()		
自宅電話番号	電話 () 携帯電話()		
◎これまでにかかった病気と予防接種 予防接種 感 染 麻疹 (済・未) (あり・なし) おたふく(済・未) (あり・なし) 風 疹 (済・未) (あり・なし) 水 痘 (済・未) (あり・なし) BCG (済・未) (あり・なし) ポリオ (済・未) (あり・なし) 三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア) (済・未) (あり・なし) 日本脳炎(済・未) (あり・なし)	◎アレルギー(特異)体質について(有・無) ○アレルギー性の病気の経験がありますか。あれば病名及びアレルゲン(原因となるもの)等、具体的に記入してください。 また、食事制限されている方も記入してください。 ○薬物アレルギーの経験があれば記入してください。 (合わない薬) ・使用できない薬品名		
◎ひきつけについて(有・無) 過去 回 最近の発作 年 月	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)		
診断名 () ・けいれん止めの薬(座薬も含む。) ・使用方法(熱や使用量など具体的に)	◎その他(持病など)必要とする配慮		
◎平熱 ℃	生活保護世帯・市民税非課税世帯(ひとり親・障がい者同居・その他)上記以外の世帯		

上記により届出いたします。

年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

病後児保育実施施設長 様