様式第１号（第９条関係）

田原本町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

|  |
| --- |
|  |

病後児保育登録申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ・性別 | 男・女 | 保護者名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 住　　所 |  |
| 保育所名 |  | 連絡先 | 父携帯(　 　－　 　－ 　　)  母携帯(　 　－　 　－　 　) |
| ◎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）  風　　疹　　（済・未）　（あり・なし）  おたふく　　（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）  四種混合　　（済・未）　（あり・なし）  （百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ）  日本脳炎　　（済・未）　（あり・なし）  B型肝炎　　（済・未）　（あり・なし）  その他（　　　　　　　　　　　　　） | | ◎アレルギー（特異）体質の有無について  ・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、食物アレルギーにより除去が必要な食品についても記入してください。  病名  アレルゲン等  除去する食品等  ・薬物アレルギーの経験があれば記入してください。  使用できない薬品名（合わない薬を含む。） | |
| ◎ひきつけの有無  　・有　過去　　　　　　回  　　　　最近の発作　　　年　　月  　　　　診断名（　　　　　　　）  　　　　けいれん止めの薬（座薬含む）  　　　　　薬品名（　　　　　　　　）  　　　　　使用方法（熱や使用量など）  　　　　　（　　　　　　　　　　　）  　・無  ◎平　　熱　　　　　　℃ | |
| ◎過去の入院又は大きな病気  　（肝炎・心臓疾患など） | |
| ◎その他（持病など）必要とする配慮 | |

上記により病後児保育の登録を申し込みます。

年　　月　　日

保護者名　　　　　　　　　　　印