様式第３号（第３条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

大和町病後児保育施設利用登録事項変更届

年　　月　　日

　大　和　町　長　　殿

申請者　住　所

氏　名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 | 男　 女 | 生年月日　　　　年　　　月　　　日生 |

病後児保育施設利用登録届の記載事項について，次の箇所に変更がありましたので届け出ます。（※変更があった箇所のみ記載してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 児童に関すること | 住所　（〒　　　　－　　　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 通園・通学先等　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 発育・発達の状況（　ふつう　・　少し遅れていると思う　・　わからない　） |
| かかりつけの病院等 |
| 名称 | 主治医名 |
| 住所 | 電話番号　　　（　　　） |
| 既往歴 | 麻しん　　　　歳　　箇月 | ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎 | 内服薬　 | 水痘　　　　　歳　　箇月 |
| 風しん　　　　歳　　箇月 | 食事療法 | 百日咳　　　　歳　　箇月 |
| 喘息 | 薬　　毎日・発作時 | 熱性けいれん | 初回 　歳 　箇月 | おたふくかぜ　　　歳　　箇月 |
| 吸入　毎日・発作時 | 最近　 歳 　箇月 | (　　　　)　　歳　　箇月 |
| 保護者 | 氏名　　　　　　　　　　　 続柄(　　) | 氏名　　　　　　　　　　　 続柄(　　) |
| 勤務先 | 名称 | 勤務先 | 名称 |
| 住所 | 住所 |
| 電話 | 電話 |
| その他 | 食物アレルギー　　　牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他（　　　　　　　　　　） |
| 薬物アレルギー　　　種類等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院の経験 | 無・有（　　　歳　　　箇月，病名：　　　　　　　　　　　　） |
| 無・有（　　　歳　　　箇月，病名：　　　　　　　　　　　　） |
| その他（心配なこと，配慮してほしいことについて記入してください。） |

※予防接種の状況については，母子手帳の写しを添付

　※大和町外に居住し大和町の事業所に勤務する方で，勤務地が変わった場合は証明書を添付