様式第１号（第３条関係）

登録番号

病児・病後児保育利用登録届

年　　月　　日

大和町長（病児・病後児保育施設長）　　殿

申請者　住　所

氏　名

　　病児・病後児保育の利用登録について，次のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録施設 |  | | | | | | | | | | | |
| 児童に関すること | （ふりがな） | | | | | | 性  別 | | 男  女 | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | | | | 年　 月　 日生(　歳　箇月) | |
| 住所　（〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 通園・通学先等　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 出生時の異常（無・有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 発育・発達の状況【気になることが　ない・ある（　　　　　　　　　　　　　　）】 | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの病院等 | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | | 主治医名 | |
| 住所 | | | | | | | | | | 電話番号　　　（　　　） | |
| 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 | | |
| 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 |
| 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。） | | | | | | | | | | | |

※添付書類

１　登録児童の個人番号カードまたは資格確認書，乳幼児医療費受給者証の写し

２　母子手帳の予防接種欄の写し