

### 川西町病児保育事業利用登録書

川西町長 殿

〒 ー

保護者住所  
保護者氏名  
自宅(携帯)電話番号



次のとおり病児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

- (1) 記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。
- (2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

実施施設		美女木げんき保育園 げんきルーム		登録番号		
登録を希望する理由						
登録 児 童	児童氏名 (ふりがな)		性別	生年月日		
			男 女	年 月 日 ( ) ( 歳 ヶ月)		
	かかりつけ医		( )医院・病院 ( )先生			
	新生児期	出産時の異常(有・無)		発育・発達	ふつう・少し遅れている・わからない	
予 防 接 種	四種混合(三種混合+ポリオ)		I期 1回 2回 3回 I期追加			
	三種混合	I期(1回 2回 3回)、I期追加		ポリオ	I期(1回 2回 3回)、I期追加	
	Hib(ヒブ)	I期(1回 2回 3回)、I期追加		肺炎球菌	I期(1回 2回 3回)、I期追加	
	BCG	受けた・受けていない		日本脳炎	I期(1回 2回 3回)、I期追加	
	はしか(麻疹)・風疹	1回目、2回目		水ぼうそう	1回目、2回目	
	ロタウイルス	1回 2回 (3回)		B型肝炎	I期 1回 2回 I期追加	
	おたふくかぜ	1回目、2回目				
これまでにかかった主な感染症や病気 <span style="float: right;">-かかった病気に○をつけてください-</span>						
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他( )						
入院したこと	ない・ある(具体的に: )					
食物アレルギー	ない・ある(具体的に: )					
その他	体質(薬物アレルギー等)や、食事制限、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。					
登 録 児 童 以 外 の 世 帯 員	氏名	続柄	生年月日	会社・学校名等	電話番号	
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL			
	氏名	続柄	TEL			