

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	男	生年月日					
	氏名				別	女	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・発達状況【気になることが ない・ある ()】											
保護者	かかりつけの病院等				主治医名							
	名称				電話番号 ()							
	住所											
既往歴	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	麻疹		歳 箇月		アトピー性皮膚炎		内服薬		水痘		歳 箇月	
	風疹		歳 箇月		皮膚炎		食事療法		百日咳		歳 箇月	
	喘息		薬 毎日・発作時		熱性		初回 歳 箇月		おたふくかぜ		歳 箇月	
			吸入 毎日・発作時		けいれん		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