様式第1号（第9条関係）

登録番号 □－□□□□

杉戸町病児保育事業利用（変更）登録書

年　　月　　日

杉戸町長　あて

届出者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病児保育の利用（変更）登録を受けたいので、杉戸町病児保育事業実施要綱第9条第1項（第10条第1項）の規定により、次のとおり届出します。

また、この登録書の写しを実施施設に提供することに同意します。

	ふりがな 児童氏名		生年月日　　年　　月　　日生
保護者	氏名　　続柄（　　）		児童の愛称
	住所（〒　　）		所属 （　　）保育園・幼稚園・小学校
緊急連絡先	氏名　　続柄（　　）	電話　　（内線）　　勤務先名 携帯電話	
	氏名　　続柄（　　）	電話　　（内線）　　勤務先名 携帯電話	
	かかりつけ医	電話	
生活保護の適用の有無		適用無し　・　適用有り　（　　年　　月　　日　保護開始）	
感染症歴等	□ 麻しん（はしか）：　歳　ヵ月　□ 百日咳：　歳　ヵ月　□ 水ぼうそう：　歳　ヵ月 □ おたふくかぜ：　歳　ヵ月　□ 風疹：　歳　ヵ月　□ 突発性発疹：　歳　ヵ月		
	熱性けいれんの有無（ある・ない）	その他のけいれんの有無（ある・ない）	
	熱性けいれん止めを使用している（はい・いいえ） ℃以上で使用　　使用しているお薬の名前：		
	B型肝炎：　歳　ヵ月（キャリアー・キャリアーでない）		
	今までに大きな病気になったことがありますか（はい・いいえ） 具体的に：		
	アレルギーの有無（有・無） 具体的に：		

予防接種				
Hib 1回（　．　．） 2回（　．　．） 3回（　．　．） 追加（　．　．）	四種混合もしくは三種混合 1期1回（　．　．） 2回（　．　．） 3回（　．　．） 追加（　．　．）	日本脳炎 1期1回（　．　．） 2回（　．　．） 追加（　．　．）	不活化ポリオ 1回（　．　．） 2回（　．　．） 3回（　．　．） 追加（　．　．）	ロタウィルス 1回（　．　．） 2回（　．　．） 3回（　．　．）
肺炎球菌 1回（　．　．） 2回（　．　．） 3回（　．　．） 追加（　．　．）	BCG （　．　．） MR（麻しん・風しん） 1期（　．　．） 2期（　．　．）	水痘 1回（　．　．） 2回（　．　．） おたふくかぜ （　．　．）	（生）ポリオ 1回（　．　．） 2回（　．　．）	B型肝炎 1回（　．　．） 2回（　．　．） 3回（　．　．）

（登録・変更）写し送付日　　年　　月　　日