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(　.　.　)
発達	※1歳半までの方は記入してください 出生時:体重(　　)g 在 胎(　　)週　栄 養 法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 首のすわり(　)ヵ月 おすわり(　)ヵ月 一人歩き(　)ヵ月				

(登録 ・ 変更)写し送付日　年　月　日