

(あて先) 笠松町長

住 所

保護者名 氏 名

電話番号

病後児保育利用登録申込書兼登録台帳

笠松町病後児保育の実施に関する条例施行規則第5条第1項の規定により、下記のとおり病後児保育に係る児童の登録を申し込みます。

ふりがな			生年月日	年 月 日				
児童の氏名			年 齡	歳	性 別 男 女			
保育所等名								
緊急連絡先 (事業所先)	氏 名		携 帯	— —	児童との続柄			
	勤務先			電 話	— —			
	氏 名		携 帯	— —	児童との続柄			
	勤務先			電 話	— —			
主治医	医療機関名		電 話 — —					
	担当医師名							
予防接種（これまでに受けたものの番号に○を付け、接種年月日をご記入ください。）								
1	ツペリクリン	年 月 日	接種	5	麻疹	年 月 日	接種	
2	BCG	年 月 日	接種	6	風疹	年 月 日	接種	
3	日本脳炎	初 回	年 月 日	接種	7	ポリオ 流行性耳下腺炎 (おたふく)	年 月 日	接種
		2回目	年 月 日	接種			年 月 日	接種
		追 加	年 月 日	接種			年 月 日	接種
4	三種混合 又は二種	初 回	年 月 日	接種	9	水痘(水ぼうそう)	年 月 日	接種
		2回目	年 月 日	接種			10	インフルエンザ
		3回目	年 月 日	接種	年 月 日	接種		
		追 加	年 月 日	接種				
既往歴（今までにかかった病気の番号に○を付け、必要事項をご記入ください。）								
1	麻疹	歳	ヶ月	6	熱性けいれん (ひきつけ)	初 回	歳	ヶ月
2	風疹	歳	ヶ月			これまでの合計	回	
3	流行性耳下腺炎	歳	ヶ月	7	喘息	薬を飲んでいる	いる	いない
4	水痘	歳	ヶ月			吸入をしている	いる	いない
5	百日咳	歳	ヶ月	8	アトピー性皮膚炎	治療をして	いる	いない
その他の病気やけが		服薬・軟膏・食事治療						
入院の経験	なし、あり(病名)							
常用薬	なし、あり(薬品名 歳 ヶ月)							
発達状況	首のすわり	ヶ月	はいはい	ヶ月	一人歩き	ヶ月		
	おすわり	ヶ月	人見知り	ヶ月	初語(意味のある言葉)	ヶ月		