

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規則第7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 齢	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 ホリタ		年 月 日接種	
	2回目	年 月 日接種	8 流行性耳下腺炎 (おたふく)		年 月 日接種	
	追 加	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		年 月 日接種	
	3回目	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		治癒をして いる いない	
					服薬・軟膏・食事治療	
その他の病気やけが						
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