

飯山市病後児保育 利用登録申請書

年 月 日

飯山市長 様

届出者 住所 _____

氏名 _____ 印

飯山市病後児保育を利用したいので、次のとおり届け出します。

なお、記入した個人情報を飯山市、実施施設及び医療機関で共有することを承諾します。

登録児童	(ふりがな) 氏名		愛称		通園先	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	性別		電話： - -	男 ・ 女
	住所					
	平熱：(. °C) かかりつけの病院等 名称： 定期通院の疾患：なし・ある(病名：) 入院の経験：なし・ある(入院時の年齢 歳、病名：) 出産時の異常：なし・ある()	電話： - -				
保護者	氏名	(続柄)	氏名	(続柄)		
	緊急時連絡先	- -	緊急時連絡先	- -		
	勤務先	名称：	勤務先	名称：		
		電話： - -		電話： - -		
予防接種	BCG	接種済・未接種	ヒブ	接種済・未接種		
	ポリオ	接種済(回)・未接種	小児用肺炎球菌	接種済・未接種		
	三種混合	接種済(期 回)・未接種	日本脳炎	接種済・未接種		
	四種混合	接種済(期 回)・未接種	麻しん・風しん	接種済・未接種		
	その他(水痘・おたふくかぜ・B型肝炎・インフルエンザなど) [: 年 月] [: 年 月] [: 年 月]					
これまでにかかった病気等	□突発性発疹 [歳 か月]		□川崎病 [歳 か月]			
	□水痘(水ぼうそう) [歳 か月]		□アトピー性皮膚炎 [歳 か月]			
□流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) [歳 か月]		□熱性けいれん(ひきつけ) [歳 か月]				
□その他(はしか、風しん等)		※発熱時のダイアアップ坐薬の使い方について どのような指導を受けているか。 []				
●アレルギー体質で ある()・ない 原因となる食物等： _____						