|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第1号(第6条関係) | | | | | | | | | | | |
| (表) | | | | | | | | | 村及び実施施設使用欄  登録番号： |  | |
| 南箕輪村病児・病後児保育事業利用登録申請書  年　　　月　　　日  　(宛先)南箕輪村長  申請者　住所　　南箕輪村　　　番地  氏名  　病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録申請します。  　なお、記入した個人情報を、南箕輪村及び実施施設が共有することについて承諾します。  　登録希望実施施設：□いちごハウス　　□病児保育室あるぷす | | | | | | | | | | | |
|  | 利用者(保護者) | 氏名 | | 児童との続柄 | | 連絡先  (すべて記入し、緊急連絡先は□にレ印を記入) | | | | |  |
| ※第1連絡先 | |  | | □　自宅電話  □　携帯電話  □　勤務先電話  　　(名称　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| ※第2連絡先 | |  | | □　自宅電話  □　携帯電話  □　勤務先電話  　　(名称　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | 登録児童 | 氏名 | | | 性別 | | 生年月日 | | | |  |
| (ふりがな) | | | 男・女 | | 年　　　月　　　日 | | | |
|  | | |
| 通園・通学施設等(該当番号に○)  　1　通園又は通学  　2　通園又は通学していない |  | | | | | 施設名 | | |
| かかりつけの医師  　医療機関名 | | | | | | | | |
| 定期的に通院している疾患(該当番号に○)(該当の疾患がある場合は、病名を記入してください。)  　1　ない  　2　ある(病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 常時内服している薬(ぜんそく・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的に記入してください。)  　1　ない　　　2　ある　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 入院の経験(該当番号に○)(入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。)  　1　ない  　2　ある(　　　歳　　　か月頃、病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| その他(保育上配慮してほしいことについて記入してください。)  ※食物アレルギーについては、裏面に記載する部分があります。 | | | | | | | | |
| ※裏面もご記入ください | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (裏)  　以下は、わかる範囲で記入してください。 | | | | | | | | | |
|  | 既往歴(今までにかかった病気の番号に○を付け、【　】に必要事項を記入してください。) | | | | | | | |  |
| 1　突発性発疹 | | | | 11　川崎病【心臓合併症　ない・ある】 | | | |
| 2　麻しん(はしか) | | | | 12　熱性けいれん　【ない・ある】  　【初回　　歳　　か月、最後　　歳　　か月、これまで　　　　　回】  　【坐薬の指示は　ない・ある　】 | | | |
| 3　水痘(みずぼうそう) | | | |
| 4　風しん(三日ばしか) | | | |
| 5　咽頭結膜熱(プール熱) | | | |
| 6　流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | | | 13　アレルギー【　ない・ある　】  　□牛乳　□卵　□牛肉　□そば　□大豆　□小麦  　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 7　百日咳 | | | |
| 8　ヘルパンギーナ | | | |
| 9　手足口病 | | | | 14　その他  　【具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | |
| 10　喘息・喘息様気管支炎 | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | 予防接種(これまで受けた予防接種に○を付け、【　】に回数を記入してください。) | | | | | | | |  |
| 1　BCG　済・未 | | | 2　ポリオ　済【　回】・未 | | | 3　三種混合　済【　回】・未 | |
| 4　四種混合　済【　回】・未 | | | 5　ヒブ　済【　回】・未 | | | 6　小児肺炎球菌　済【　回】・未 | |
| 7　麻しん・風しん  済【　回】・未 | | | 8　日本脳炎　済【　回】・未 | | | 9　ロタ　済【　回】・未 | |
| 10　水痘　済【　回】・未 | | | 11　おたふく風邪  済【　回】・未 | | | 12　B型肝炎　済【　回】・未 | |
| 13　インフルエンザ　済【　回　最終接種日　年　月　日】・未 | | | | | | | |
| 家族の状況 | | | | | | | | | |
|  | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | | | 勤務先 | | 連絡先 |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
| 市町村記入欄　　　　　　　　　　　　台帳番号：　　　　　　台帳登録日： | | | | | | | | | |

※五種混合ワクチン接種の方：四種混合とヒブに○を記入してください。