様式第１号(第９条関係)

登録番号　□-□□□□

年　　　　月　　　　日

幸手市病児保育事業利用（変更）登録書

|  |  |
| --- | --- |
| 　　（あて先）　幸手市長 | 届出者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　病児保育の利用（変更）登録を受けたいので、幸手市病児保育事業実施要綱第９条の規定により、次のとおり届出します。

　なお、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 |
| 保護者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　） | 所属保育園・幼稚園（　　　　　　　　　　　　　　）　小学校 |
| 住所(〒　　　　　　　)続　柄 |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　（　　　　）続　柄 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　(内線)　　　　勤務先名 |
| 携帯電話 |
| 氏名（　　　　） | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　(内線)　　　　勤務先名 |
| 携帯電話 |
| かかりつけ医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 感染症歴等 | □ 麻しん(はしか)： 歳 か月 □ 百日咳：　　歳　　か月 □ 水ぼうそう：　　歳　か月□ おたふくかぜ ：　　歳　 か月 □ 風疹　： 　歳　 か月 □ 突発性発疹：　　歳　か月 |
| 熱性けいれんの有無　(　無　・　有　) | その他のけいれんの有無　( 無　・　有 ) |
| 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　　　か月　(　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　(　無　・　有　)　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(　 ．　 ．　) |
| 水痘　1回(　　． 　．　 )　2回(　　． 　．　 ) |
| 肺炎球菌　1回(　　．　 ．　)　2回(　　．　 ．　)　3回(　　．　 ．　)追加(　　．　 ．　) | BCG(　 ．　 ． 　) | 　(生)ポリオ1回(　　．　　．　　)2回(　　．　　．　　) | B型肝炎1回(　 ． 　．　)2回(　 ． 　．　)3回(　 ． 　．　) |
| MR(麻しん・風しん)　1期(　 　． 　．　 )　2期(　　 ．　 ．　 ) | おたふくかぜ　(　　．　 ．　 ) |

（　登録　・　変更　）写し送付日　　　年　　　月　　　日