

色麻町病後児保育施設利用登録事項変更届

年 月 日

実施施設長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

ふりがな 児童氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日生
--------------	-----------	----------------

病後児保育施設利用登録届の届出内容に変更が生じたので、次のとおり届出します。
 なお、本届出の情報をもとに、実施施設にて利用登録届(様式第1号)を修正することに同意します。
 (※該当する項目に☑を付け、変更内容を記入してください。)

□ 1. 児童情報の変更

<input type="checkbox"/>	(〒 -) 住所	電話番号 ()
<input type="checkbox"/>	通園・通学先等	
<input type="checkbox"/>	かかりつけの病院 なし・あり (病院名)	
<input type="checkbox"/>	発育・発達の状況 気になること なし・あり () 健診等で指摘 なし・あり ()	

□ 2. 保護者情報の変更

<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏 名	続柄 ()	勤務先 あり () ・なし・その他 ()
	電話番号		勤務時間 : ~ :
<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏 名	続柄 ()	勤務先 あり () ・なし・その他 ()
	電話番号		勤務時間 : ~ :

※色麻町外に居住し、色麻町内の事業所に勤務する場合は、確認できるものの写しを添付してください。

□ 3. 予防接種の変更

□	Hib(ヒブ) (インフルエンザ菌 b 型)	1・2・3 追加	ロタウイルス <small>※回数はワクチンの種類による</small>	1・2・3	日本脳炎 (第1期)	1・2 追加
	小児肺炎球菌	1・2・3 追加	BCG	1	日本脳炎 (第2期)	1
	B型肝炎	1・2・3	MR(麻疹/風疹)	1・2	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	1・(2)
	4種混合第1期	1・2・3 追加	その他(種類・回数等)			
	水痘	1・2				

□ 4. 既往歴・現病歴の変更

□	麻疹	歳	百日咳	歳	喘息	歳
	水痘	歳	突発性発疹	歳	アトピー性皮膚炎	歳
	風疹	歳	肺炎	歳	中耳炎	歳
	おたふくかぜ	歳				
	その他大きな病気や入院歴(病名・年齢等)					

□ 5. その他の変更

□	けいれん(ひきつけ)	なし・熱性けいれん・てんかん・その他() (最後にけいれんを起こした日 年 月 日)
	アレルギー	なし・あり ()
	日常使用している薬	なし・あり (病名) (薬名)
	心配なこと、配慮してほしいこと等がありましたら、ご記入ください。	