

色麻町病後児保育施設利用登録届

年 月 日

実施施設長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

病後児保育施設の利用登録について、次のとおり届出します。  
 なお、住民記録情報及び利用料決定のため個人に属する情報を色麻町に確認すること及び色麻町が閲覧することについて同意いたします。

児童の 情報	ふりがな 氏 名	性別 男・女	生年月日 年 月 日生			
	住所 (〒 - )		電話番号 ( )			
	通園・通学先等					
	かかりつけの病院 なし・あり (病院名 )					
保護者の 情報	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 : ~ :			
	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 : ~ :			
出生の 様子	出生児の異常: なし・あり ( )					
	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 ( )					
	種類・回数 ※接種したものに○をつけてください					
予防 接種	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				

裏面もご記入ください。

既往歴・現病歴	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）					
その他	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。					

※添付書類

- 1 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
- 2 色麻町外に居住し、生活保護法の規定により扶助を受けている場合は、確認できるものの写し