様式第3号（第7条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

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 | 性別 | 生年月日 |
| 児童氏名 | 男・女 | 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**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | (〒　　　　－　　　　　) |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | 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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | ふりがな |  | 続柄 | 勤務先 |
| 氏　名 |  | (　　　　　) | あり (　　　　　　 　　　　　　　　　　 ) |
| 電話番号 |  | ・なし ・その他 ( 　　　　　　　 ) |
| 勤務時間　　　　　：　　　～　　　： |
| □ | ふりがな |  | 続柄 | 勤務先 |
| 氏　名 |  | (　　　　　) | あり (　　　　　　　　　　　　 　　　　　) |
| 電話番号 |  | ・なし ・その他 ( 　　　　　　　　　　　 ) |
| 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) | 1・2・3 | ロタウイルス | 1・2・3 | 日本脳炎 | 1・2 |
| (ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌b型) | 追加 | ※回数はワクチンの種類による | (第1期) | 追加 |
| 小児肺炎球菌 | 1・2・3 | ＢＣＧ | 1 | 日本脳炎 | 1 |
| 追加 | (第2期) |
| Ｂ型肝炎 | 1・2・3 | ＭＲ(麻疹/風疹) | 1・2 | おたふくかぜ | 1・(2) |
| (流行性耳下腺炎) |
| 4種混合第1期 | 1・2・3 | その他(種類・回数等) |
| 追加 |  |
| 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。 |
|  |
|  |