

### 川西町病児保育事業利用登録書

川西町長 殿

〒 ー  
保護者住所  
保護者氏名  
自宅(携帯)電話番号



次のとおり病児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

- (1) 記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。
- (2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

実施施設	美女木げんき保育園 げんきルーム	登録番号	
登録を希望する理由			
登録 児 童	児童氏名 (ふりがな)	性別	生年月日
		男 女	年 月 日 ( ) ( 歳 ヶ月)
	かかりつけ医	( ) 医院・病院 ( ) 先生	
	新生児期	出産時の異常(有・無)	発育・発達
予 防 接 種	四種混合(三種混合+ポリオ)	I 期 1回 2回 3回 I 期追加	
	三種混合	I 期(1回 2回 3回)、I 期追加	ポリオ I 期(1回 2回 3回)、I 期追加
	Hib(ヒブ)	I 期(1回 2回 3回)、I 期追加	肺炎球菌 I 期(1回 2回 3回)、I 期追加
	BCG	受けた・受けていない	日本脳炎 I 期(1回 2回)、I 期追加
	はしか(麻疹)・風疹	1回目、2回目	水ぼうそう 1回目、2回目
	ロタウイルス	1回 2回 (3回)	B 型肝炎 I 期 1回 2回 I 期追加
	おたふくかぜ	1回目、2回目	
これまでにかかった主な感染症や病気 <span style="float:right">-かかった病気に○をつけてください-</span>			
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他( )			
入院したこと	ない・ある(具体的に: )		
食物アレルギー	ない・ある(具体的に: )		
その他	体質(薬物アレルギー等)や、食事制限、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。		
登録 児 童 以 外 の 世 帯 員	氏 名	続柄	生年月日
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL
	氏名	続柄	TEL