

様式第1号(第2条関係)
(その1)

年度 登録番号

受付日 年 月 日

由利本荘市病後児保育事業利用申請書兼登録票

由利本荘市長 様

年 月 日

申請者 保護者住所

ふりがな
保護者氏名

電話()

由利本荘市病後児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。

ふりがな	性別	生 年 月 日	
登録児童名	男・女	年 月 日生	
通園している保育所・幼稚園、学校 施設の名称：		電話()	
かかりつけの医療機関 病院・診療所名：		電話()	
保護者の緊急連絡先(※確実に連絡ができるようにしておいてください)			
ふりがな 氏 名	続 柄	勤務先及び電話番号	その他(携帯番号等)
		電話()	電話(- -)
		電話()	電話(- -)

・登録するお子さんの様子を書いてください。

予 防 接 種 (母子手帳の添付可)	() 年 月	
	() 年 月	
	() 年 月	
	() 年 月	
	() 年 月	
	() 年 月	
既 往 歴	これまでかかった主な感染症や病気 (ある・ない) ※かかった病気に○をつけてください	
	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう (歳 ヲ月) 5. おたふくかぜ (歳 ヲ月) 6. 熱性けいれん (初回 歳 ヲ月・最後は 歳 ヲ月) (これまでに 回) 7. 喘息および喘息様気管支炎 8. アトピー性皮膚炎 9. その他 ()	
	ア レ ル ギ ー	(ある・ない) : 原因物質() 食事制限 (ある・ない)
	そ の 他 の 病 気	
内 服 等	入院したこと (ある・ない) : 病名(歳 箇月) (ある・ない) : 病名(歳 箇月) (ある・ない) : 病名(歳 箇月)	
	常時服用している薬 (ある・ない) 薬名 () 薬の内容 (内服・塗り薬・その他 ())	
	(心配なことや配慮してほしいことがあれば具体的にお書きください。)	
そ の 他		

※この登録の有効期限は申請後初めて迎える3月31日までです。

利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。