中野市病後児保育施設利用登録届

　　年　　月　　日

　中野市長　　　 　　様

届出者　住所

氏名

中野市病後児保育施設を利用したいので、次のとおり届け出します。

なお、記入した個人情報を中野市、実施施設及び医療機関で共有することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録児童 | （ふりがな）  氏　名 | | |  | 愛称 | | | 通園先 | | |
|  |  | | | 電話：　　　－　　　－ | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日生（　　歳児） | | | | 性別 | | 男　・　女 |
| 住　所 | | |  | | | | | | |
| 平熱：（　　　　．　　　℃）  かかりつけの病院等　名称：　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　－　　　　－  定期通院の疾患： なし ・ ある（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  入 院 の 経 験： なし ・ ある（入院時の年齢　　　歳、病名：　　　　　　　　　　　　　）  出産時の異常： なし ・ ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 保護者 | 氏　名 | | | （続柄　　） | | 氏　名 | | （続柄　　） | | |
| 緊急時連絡先 | | | －　　　　－ | | 緊急時連絡先 | | －　　　　－ | | |
| 勤務先 | 名称： | | | | 勤務先 | 名称： | | | |
| 電話：　　　　－　　　　－ | | | | 電話：　　　　－　　　　－ | | | |
| 予防接種 | ＢＣＧ | | 接種済・未接種 | | | ヒブ | | | 接種（　　回）・未接種 | |
| B型肝炎 | | 接種（　　回）・未接種 | | | 小児用肺炎球菌 | | | 接種（　　回）・未接種 | |
| 水痘 | | 接種（　　回）・未接種 | | | 日本脳炎 | | | 接種（　　回）・未接種 | |
| 四種混合 | | 接種（　　回）・未接種 | | | 麻しん・風しん | | | 接種（　　回）・未接種 | |
| その他（ロタウイルス・おたふくかぜ・インフルエンザなど）  〔　　　　　　：　　年　　月〕〔　　　　　　：　　年　　月〕〔　　　　　：　　年　　月〕 | | | | | | | | | |
| これまでにかかった病気等 | □突発性発疹　　　　　　　〔　　歳　　か月〕  □水痘（水ぼうそう）　　　〔　　歳　　か月〕  □流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）〔　　歳　　か月〕  □てんかん  □その他（はしか、風しん等） | | | | | □川崎病　　　　　　　　　〔　　歳　　か月〕  □ぜんそく　　　　　　　　〔　　歳　　か月〕  □熱性けいれん（ひきつけ） 〔　　歳　　か月〕  　※発熱時のダイアップ坐薬の使い方について  どのような指導を受けているか。 | | | | |
| ●アレルギー体質で　　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・ない  　　原因となる食物等： | | | | | | | | | |