

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	
	生年月日	年 月 日生 ( 歳児)	性別		電話： - -	男 ・ 女
	住所					
	平熱：( . °C) かかりつけの病院等 名称： 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( )	電話： - -				
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	麻疹・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	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 [ 歳 か月] <input type="checkbox"/> 川崎病 [ 歳 か月] <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) [ 歳 か月] <input type="checkbox"/> ぜんそく [ 歳 か月] <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) [ 歳 か月] <input type="checkbox"/> 熱性けいれん(ひきつけ) [ 歳 か月] <input type="checkbox"/> てんかん    ※発熱時のダイアアップ坐薬の使い方について <input type="checkbox"/> その他(はしか、風しん等)    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： _____					