

蕪崎市病児・病後児保育所利用登録変更届

年 月 日

(宛先)蕪崎市長

保護者  
(申請者)

住所

氏名

連絡先

病児・病後児保育所利用登録届の記載事項について、次の箇所に変更がありましたので届け出ます。  
(母子健康手帳や健康保険証の写しをもって代えることができます。)

児童に関する こと	(ふりがな) 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日生 ( 歳 か月)
	住所 (〒 — ) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号 ( )	
	通園・通学先	電話番号 ( )	
	かかりつけ病院等 名称	主治医名 電話番号 ( )	
保護者	緊急時連絡先(第1連絡者)		緊急時連絡先(第2連絡者)
	氏名 (続柄 ) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		氏名 (続柄 ) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	勤務先 名称	勤務先 名称	
	電話番号	電話番号	

○予防接種の記録

予防接種	BCG	年 月	1回目	年 月	おたふく	1回目	年 月		
	四種混合	1回目	年 月	ヒブ 初回	2回目	年 月	1回目	年 月	
	・ジフテリア	2回目	年 月		3回目	年 月	ロタ	2回目	年 月
	・百日咳	3回目	年 月	追加	1回目	年 月	ウイルス	3回目	年 月
	・破傷風	年 月			1回目	年 月			
	・ポリオ	1期追加	年 月	小児用 初回	2回目	年 月	インフルエンザ		歳
	麻疹・風疹	1回目	年 月	肺炎	3回目	年 月			
	混合	2回目	年 月	球菌 追加	1回目	年 月		[ ]	年 月
		1回目	年 月	水痘	1回目	年 月		[ ]	年 月
		2回目	年 月		2回目	年 月	その他	[ ]	年 月
日本脳炎	1期追加	年 月		1回目	年 月		[ ]	年 月	
	2期	年 月	B型肝炎	2回目	年 月		[ ]	年 月	
				3回目	年 月		[ ]	年 月	

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

感 染 症 歴	麻疹(はしか)	歳	か月	おたふくかぜ	歳	か月	[ ]	歳	か月
	風疹	歳	か月	百日咳	歳	か月	その他 [ ]	歳	か月
	水ぼうそう	歳	か月	突発性発疹	歳	か月	[ ]	歳	か月
	喘息	薬 吸入	毎日・発作時・無 毎日・発作時・無	熱性けいれん ( )回	初回 最近	歳 歳	か月 か月	アトピー性 皮膚炎	内服薬 食事療法

○その他留意事項

そ の 他	アレルギーの有無	無・有	※「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。						
	食物アレルギー	牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他( )							
	薬物アレルギー	種類等( )							
	入院の経験	無・有( 歳 か月 病名 )							
発育・発達の状況	( ふつう・少し遅れていると思う・わからない )								
平熱	℃								

○加入医療保険及び医療費助成受給者証

加入医療 保険	種別		被保険者名	
	記号・番号		保険者名	
			有効期限	
医療費助成 受給者証	公費負担 番号		受給者番号	