

北杜市立病児・病後児保育園利用登録変更届

年 月 日

(〒 —)

北杜市長 様

保護者
(申請者)

住所

氏名

連絡先

病児・病後児保育園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 箇月)
	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	名称
		電話番号	電話番号
児童の世帯状況 (本人及び上記の保護者は除く)			
氏名	続柄	生年月日	備考 (就労先、通園・通学先 等)

(裏面もご記入ください)

○予防接種の記録

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	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	2回目	年 月
・百日咳	3回目	年 月	追加	1回目	年 月	3回目
・破傷風		年 月		1回目	年 月	
・ポリオ	1期追加	年 月		2回目	年 月	
麻疹・風疹	1回目	年 月	小児用肺炎球菌	初回	年 月	インフルエンザ
混合	2回目	年 月		追加	1回目	年 月
	1回目	年 月	水痘	1回目	年 月	[]
	2回目	年 月		2回目	年 月	[]
日本脳炎	1期追加	年 月	B型肝炎	1回目	年 月	[]
	2期	年 月		2回目	年 月	[]
				3回目	年 月	[]

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

麻疹 (はしか)	歳 箇月	おたふくかぜ	歳 箇月	その他	[]	歳 箇月
風疹	歳 箇月	百日咳	歳 箇月		[]	歳 箇月
水ぼうそう	歳 箇月	突発性発疹	歳 箇月		[]	歳 箇月
薬 毎日・発作時・無		熱性けいれん	初回 歳 箇月	アトピー性皮膚炎		内服薬
喘息 吸入 毎日・発作時・無		()回	最近 歳 箇月			食事療法
テープ 無・有		座薬 無・有 (°C以上で使用)				軟膏

○その他留意事項

アレルギーの有無	無 ・ 有
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 ()
エピペン	無・有
入院の経験	無 ・ 有 (歳 箇月 病名) 無 ・ 有 (歳 箇月 病名)
出生時の異常	無 ・ 有 ()
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 °C
その他心配なこと、配慮して欲しいことなどについて記入してください。	

○医療保険証及び乳幼児医療証

医療保険証	種別		世帯主・加入者	
	記号		保険者名	
	番号		有効期限	
乳幼児医療証	負担者番号		受給者番号	