

(1) 事前登録（申請書）

新規 継続 変更

安曇野市病児・病後児保育事業利用登録（変更）申請書

令和 年 月 日

（宛先） 安曇野赤十字病院長

申請者（保護者）住所

氏名

印

電話

安曇野市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。
なお、記入した個人情報は、安曇野市及び実施施設で共有することを承認します。

フリガナ				男・女	生年月日	平成 年 月 日	
児童氏名						令和 (歳 カ月)	
保護者の 状況	氏名	続柄	緊急連絡先		勤務先	勤務先電話番号	
			①				
			②				
通園・通学施設等（該当番号に○をしてください。） 1 認定こども園等保育施設 施設名 2 小学校____年生 施設電話番号 3 その他 4 通園・通学はしていない							
かかりつけの 医療機関	医療機関名		電話番号				
	医師名						
予防接種 （○で囲んで ください）	BCG（未・済） ポリオ（未・1回・2回） 不活性ポリオ（未・1回・2回・3回・追加） 三種混合（未・1回・2回・3回・追加） 四種混合（未・1回・2回・3回・追加） MR（未・1期・2期）			日本脳炎（未・1回・2回・追加） 水痘（未・1回・2回） Hib（未・1回・2回・3回・追加） 肺炎球菌（未・1回・2回・3回・追加） その他（ ）			
既往歴 （○で囲んで ください）	麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく風邪 ・ 百日咳 熱性けいれん ・ てんかん ・ 喘息 ・ 突発性発疹 その他かかりやすい病気（ ）						
アレルギー （○で囲んで ください）	食事	無・有（ ） 食事制限の程度（ ）					
	薬	無・有（ ）					
	環境	無・有（ダニ・ハウスダスト・動物・その他）					
常時内服して いる薬	喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的 にお書きください。						
保育する際の 注意事項	保育する上で配慮してほしいことを記入してください。						