

安曇野市病児・病後児保育事業利用登録（変更）申請書

年 月 日

（宛先） 安曇野赤十字病院長

申請者（保護者）住所

氏 名

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、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	年 月 日
児童氏名						(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。）					施設名	
1 認定こども園等保育施設						
2 小学校____年生						
3 その他					施設電話番号	
4 通園・通学はしていない						
かかりつけ医療機関	医療機関名			電話番号		
	医師名					
予防接種 （○で囲んで ください）	・五種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）1回・2回・3回・4回 ・四種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ） 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ・三種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風）第1期初回（1回 ・ 2回 ・ 3回） 第1期追加 ・ポリオ ポリオ（1回・2回・3回・4回） ・ヒブ 1回・2回・3回・4回 ・BCG 1回 ・MR（麻疹・風疹）1期・2期					
	・日本脳炎 第1期（1回・2回・3回）、第2期 ・肺炎球菌 1回・2回・3回・4回 ・水痘（水ぼうそう）1回・2回 ・B型肝炎 1回・2回・3回 ・ロタウイルス 1価（1回・2回）、5価（1回・2回・3回） ・おたふくかぜ 1回・2回 ・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（ ）					
アレルギー （○で囲んで ください）	①食物アレルギー： 無 ・ 有 ②食物以外のアレルギー： 無 ・ 有 ③気管支喘息： 無 ・ 有 ④アトピー性皮膚炎： 無 ・ 有 ⑤アレルギー性結膜炎： 無 ・ 有 ⑥アレルギー性鼻炎： 無 ・ 有 ※「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」をご提出ください。					
その他治療中の病気	病名		くすり（飲ませ方等）※「薬剤情報提供書」をご提出ください。			
保育する際の 注意事項						