(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

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	年　月　日 （　歳　カ月）
児 童 氏 名				

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 2　小学校＿＿年生 3　その他 4　通園・通学はしていない	施設名 施設電話番号

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		