

年 月 日

奥州市長 宛

保護者 住所
氏名

病後児保育利用児童登録届

病後児保育の利用を希望する児童について、次のとおり届け出ます。

ふりがな		性別	男・女	生年月日			
児 童 氏 名				年	月	日	
住 所	電話番号：						
入所施設名 (学校名)							
保 護 者	ふりがな		続柄：		勤務先：		
	氏名						
	電話番号：			勤務先電話番号：			
	ふりがな		続柄：		勤務先：		
	氏名						
	電話番号：			勤務先電話番号：			
かかりつけ の病院	病・医院名：						
常 時 使 用 し て い る 薬 について	薬の内容			使用回数・時間など			
	ぜん息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時使用している薬がある場合、薬の内容・内服時間についてお書きください。						
既往歴	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか ☐ 無 ☐ 有【 治癒・治療中・治療を受けていない 】						

裏面も記入してください。

(裏面)

アレルギー	アレルギー品目	
	アレルギー反応を 起こした時の状態	
	制限している 食品	なし・あり(全卵・卵白・牛乳・ミルク・小麦 類・ソバ類・その他())
	必 要 な 対 応	
予防接種	1 ヒブ(インフルエンザB型) 未接種・接種済(回目まで) 2 小児肺炎球菌 未接種・接種済(回目まで) 3 四種混合または三種混合 未接種・接種済(回目まで) 4 麻しん・風しん(MR) 未接種・接種済(回目まで) 5 日本脳炎 未接種・接種済(回目まで) 6 BCG 未接種・接種済 7 水痘 未接種・接種済(回目まで) 8 B型肝炎 未接種・接種済(回目まで) 9 ロタウイルス 未接種・接種済(回目まで) 10 その他()	
障がい	☐ 無 ☐ 有【 視覚・聴覚・言語・肢体・内部・知的発達遅滞等 】 ※手帳等がある場合は該当するものに○をつけてください 身体障害者手帳／精神障害者保健福祉手帳／療育手帳 特別児童扶養手当／その他() 障がいの状態： _____	
その他		