中野市病児・病後児保育施設利用登録届

　　年　　月　　日

　中野市長　　　 　　様

届出者　住所

氏名

中野市病児・病後児保育施設を利用したいので、次のとおり届け出します。

なお、記入した個人情報を中野市、実施施設及び医療機関で共有することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録児童 | （ふりがな）氏　名 |  | 愛称 | 通園先 |
|  |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　－　　　－ |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日生（　　歳児） | 性別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  |
| 平熱：（　　　　．　　　℃）かかりつけの病院等　名称：　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　－　　　　－定期通院の疾患： なし ・ ある（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）入 院 の 経 験： なし ・ ある（入院時の年齢　　　歳、病名：　　　　　　　　　　　　　）出産時の異常： なし ・ ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者 | 氏　名 | （続柄　　） | 氏　名 | （続柄　　） |
| 緊急時連絡先 | 　　　　－　　　　－　　　　　 | 緊急時連絡先 | 　　　　－　　　　－　　　　　 |
| 勤務先 | 名称： | 勤務先 | 名称： |
| 電話：　　　　－　　　　－ | 電話：　　　　－　　　　－ |
| 予防接種 | ＢＣＧ | 接種済・未接種 | ヒブ | 接種（　　回）・未接種 |
| B型肝炎 | 接種（　　回）・未接種 | 小児用肺炎球菌 | 接種（　　回）・未接種 |
| 水痘 | 接種（　　回）・未接種 | 日本脳炎 | 接種（　　回）・未接種 |
| 四種混合 | 接種（　　回）・未接種 | 麻しん・風しん | 接種（　　回）・未接種 |
| その他（ロタウイルス・おたふくかぜ・インフルエンザなど）〔　　　　　　：　　年　　月〕〔　　　　　　：　　年　　月〕〔　　　　　：　　年　　月〕 |
| これまでにかかった病気等 | □突発性発疹　　　　　　　〔　　歳　　か月〕　□水痘（水ぼうそう）　　　〔　　歳　　か月〕□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）〔　　歳　　か月〕□てんかん□その他（はしか、風しん等） | □川崎病　　　　　　　　　〔　　歳　　か月〕□ぜんそく　　　　　　　　〔　　歳　　か月〕□熱性けいれん（ひきつけ） 〔　　歳　　か月〕　※発熱時のダイアップ坐薬の使い方についてどのような指導を受けているか。 |
| ●アレルギー体質で　　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・ない　　　原因となる食物等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |