

(1) 事前登録 (申請書)

新規 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

(あて先) 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、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	
通園・通学施設等(該当番号に○をしてください。)						
1 保育園又は幼稚園 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。					