様式第１号(第６条関係)

（表面）

年　　月　　日

花巻市長　様

保護者　住所

氏名

花巻市病後児保育事業登録届

花巻市病後児保育事業への登録について、次のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日　　　年　　月　　日 |
| 児童氏名 | 　 |
| 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： |
| 登録している兄弟姉妹 | 氏名　　　　　　　　男・女 | 氏名　　　　　　　　　男・女 |
| 氏名　　　　　　　　男・女 | 氏名　　　　　　　　　男・女 |
| 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。 |
| 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（　　　　　　　　　）） |

 裏面も記入してください。

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 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（有の方は状態を記入してください。）状態：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| その他 |  |