

様式第1号（第6条関係）

病児・病後児保育室利用登録票

燕市教育委員会 様

令和 年 月 日

保護者 氏 名
住 所
電話番号
個人番号

次のとおり、燕市病児・病後児保育事業の利用のため登録票を提出します。

ふりがな		性 別		
氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
保育園・幼稚園名	電 話			
小学校名	電 話			
かかりつけ病院名	電 話			
緊急連絡先		連絡先 1	連絡先 2	連絡先 3
	氏 名（続柄）	()	()	()
	勤 務 先			
	勤務先の電話			
	携帯電話			

アレルギーの有無	有・無 アレルギー : 卵・牛乳・大豆・そば・小麦粉・米・ピーナッツ・甲殻類 ・その他 () 症 状 : ハウスダスト・ダニ・犬・猫・花粉・その他 () : アナフィラキシー (エピペン使用 有・無) 喘息又は喘息性気管支炎 (継続治療中・悪化時治療中) アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎 ・その他 () 家庭で除去している食べ物 : 卵・牛乳・大豆・そば・小麦粉・米・ピーナッツ ・甲殻類・その他 ()
熱性けいれんの有無	有・無 これまでに__回・初回__歳__ヶ月・最後__歳__ヶ月 けいれん防止座薬 (ダイアップ) の指示 (有・無)
座薬使用の有無	(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください) <input type="checkbox"/> 38.5℃を超えたら使用する <input type="checkbox"/> 38.5℃を超えぐったりしたら使用する <input type="checkbox"/> 使用したくない

発育・発達	お子さまの状況についてお聞かせください。
その他	妊娠中・出産時・身体発達上などで心配なことや配慮してほしいことについて、具体的にお聞かせください。
常時服用している薬の有無 : 有・無 服用の状況について ()	

これまでにかかった主な感染症や病気 (かかった病気・予防接種の該当欄に○をつけてください)				
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 百日咳 7. じんましん【原因: 】 8. その他【 】				
予 防 接 種 の 状 況	定期接種		任意接種	
	BCG	受けた・受けていない	B型肝炎	受けた・受けていない
	ヒブ	1回・2回・3回・追加	ロタウイルス	受けた・受けていない
	肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	おたふくかぜ	受けた・受けていない
	4種混合	1期(1回・2回・3回)・ 1期追加	水痘 (水ぼうそう)	受けた・受けていない
	MR (麻疹風疹)	1期・2期	A型肝炎	受けた・受けていない
	日本脳炎	1回・2回・追加		
	3種混合	1期(1回・2回・3回)・ 1期追加		
ポリオ	生1回・2回 不活化1回・2回・3回			

(備考)

利用登録と利用申込みを同時に行う場合、この登録票とは別に「病児・病後児保育病状連絡票」又は現在の病状を記した「医師の診断書」の提出が必要となります。