

様式第1号（第6条関係）

病児・病後児保育室利用登録票

燕市長 様

令和 年 月 日

保護者 氏 名

住 所

電話番号

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		生年月日	年 月 日
氏 名		男・女			
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（該当する事項全てに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください） ○アレルギー： <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他（ ） ○症 状： <input type="checkbox"/> アナフィラキシー（エピペン使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 喘息又は喘息性気管支炎 （継続治療中・悪化時治療中） <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他（ ） ○家庭で除去している食べ物： <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
熱性けいれんの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 （ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）				

