

登録番号：

病児・病後児保育事業利用登録申請（変更申請）書

年 月 日

宍粟市長様

〒

申請者（保護者） 住所： _____

氏名： _____

宍粟市病児・病後児保育事業の利用登録について、下記のとおり申請（変更申請）します。
 なお、記入した情報を市が事業実施者と共有することについて、同意いたします。

※ 変更申請の場合は、変更箇所のみ記入してください。

児童に関する こと	(ふりがな) 氏名：	性別	生年月日 年 月 日 (歳 月)	
	通園・通学先等：		電話：	
	かかりつけの病院等 名称：		主治医名：	電話：
家族の 状況 (児童除く)	(ふりがな) 氏名：	続柄	連絡先 (携帯及び自宅) 勤務先： 電話：	
	(ふりがな) 氏名：	続柄	連絡先 (携帯・自宅)： 勤務先： 電話：	
	(ふりがな) 氏名：	続柄	連絡先 (携帯・自宅)： 勤務先： 電話：	
予防接種の 状況	<input type="checkbox"/> BCG (回) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (回) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス (回) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) <input type="checkbox"/> ポリオ (生ワク・不活化) <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 (1期・2期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 三種(四種)混合 (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)			
過去に かかった 病気	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他 ()			
常備 薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 貼薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> その他 ()			
アレルギー 入院歴	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー (種類等：)			
	<input type="checkbox"/> 入院の経験有り (歳 月 病名：)			

※ □には ✓ を記入してください。

<p>留意事項等</p>	<p>その他（心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください。）</p>
--------------	--