

病後児保育利用登録書

犬山市教育委員会 様

年 月 日

病後児保育を利用したいので、次のとおり登録します。

保 護 者	住所 (〒      -      )	電話      -      -		
	氏名	被保険者証	記号	番号
ふりがな 児童氏名				
通園・通学先名		男・女      年      月      日生		
主治医名		電話      -      -		
当該児童を除く 同居する世帯員氏名	生年月日	当該児童 との続柄	性別	職業及び勤務先 (学校名等)

当該児童の状況	
予防接種	ツベルクリン反応： 年 月(判定 ) 年 月(判定 ) BCG： 年 月 ポリオ： 1回 年 月・2回 年 月 三種混合： I期・1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月 II期 年 月 はしか： 年 月 水ぼうそう： 年 月 おたふくかぜ： 年 月 その他：
	はしか： 歳 か月 水ぼうそう： 歳 か月 百日咳： 歳 か月 おたふくかぜ： 歳 か月 B型肝炎： 歳 か月 (キャリアで ない・ある) その他 (具体的に)：

<p>これまでの 病気</p>	<p>熱性けいれん：初回 歳 か月 最後は 歳 か月（これまでに 回）          ぜん息：毎日 薬を飲んで いる・いない・発作時だけ          喘息様気管支炎：毎日 吸入療法をして いる・いない・発作時だけ          その他（具体的に）：          入院したこと ない・ある（病名 歳 か月）          （病名 歳 か月）          （病名 歳 か月）</p>
<p>常時内服 している薬</p>	<p>喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。（内服時間も）</p>
<p>食事</p>	<p>食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。</p>
<p>その他</p>	<p>体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。</p>

- 注) 1 保護者の就労状況や児童の状況を在園している園に確認させていただく場合があります。  
 確認させていただいた内容は、病後児保育に必要なときのみ使用し、他には使用いたしません。
- 2 子ども未来園・保育園在園児以外の場合は、就労証明等の書類を添付してください。