

## 病後児保育室利用登録届出書（ 年度）

能勢町長 様

保護者氏名

保護者住所

能勢町病後児保育室の利用登録について、次のとおり届け出いたします。

児童の 情報	ふりがな 氏名	性別	男・女	平常時 の体温	℃		
	生年月日	年	月	日	年齢	歳	か月
在籍施設			歳児クラス				
緊急連絡先	① 氏名	続柄( )	② 氏名	続柄( )			
	勤務先名		勤務先名				
	勤務先電話		勤務先電話				
	携帯電話		携帯電話				
予防接種	BCG	未・済	水痘（水ぼうそう）	未・済			
	四種混合	未・済	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	未・済			
	MR混合（麻疹・風疹）	未・済	日本脳炎	未・済			
※予防接種は1回でも投与している場合は済に○をつけてください。							
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> 川崎病				
	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> 肘内障				
	<input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか）	<input type="checkbox"/> その他（	）				
治療中の病気	（喘息・心臓疾患など）						
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	*医師の指示書を添付してください（コピー可）					
	<input type="checkbox"/> あり	食品（	）				
		<input type="checkbox"/> エピペン持参あり					
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	けいれん の有無	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり		薬剤（	）		最終の発作	年
			使用している薬剤（				
保育上配慮してほしいこと							

\*裏面の「同意書」もご記入ください。