

## 茅ヶ崎市病後児保育事業登録届

社会福祉法人西久保福祉会あて

平成 年 月 日 記入

記入者 氏名

(続柄)

(保護者)

茅ヶ崎市病後児保育事業の利用登録について次のとおり届け出ます。なお、茅ヶ崎市で保有する住民基本台帳情報、市民税情報、生活保護情報等を茅ヶ崎市病後児保育事業に必要な範囲において、社会福祉法人西久保福祉会が利用することに同意します。

ふりがな 児童名 愛称 ( ) 生年月日	男 女	通 所 先	園名 Tel	か つ け り 医	病院名 Tel			
住 所	〒	電 話	自宅 携帯① ( ) 携帯② ( )	※ 連 絡 先	氏名 (続柄) Tel 氏名 (続柄) Tel			
家 族 構 成	続柄	名	生年月日	勤 務 先	電 話			
	父				勤務先 携帯			
	母				勤務先 携帯			
					携帯			
					携帯			
					携帯			
・妊娠中や出産時に、異常はありましたか 在胎期間 週 日 出生時体重・身長 ( g) ( cm) 現在の体重・身長 ( g) ( cm) お子さんの平熱 ( °C)			・食物アレルギー ある・ない ある場合 診断された日 平成 年 月 ( 歳 か月) 除去食品 ( ) 解除された日 平成 年 月					
・熱性けいれん ある・ない ある場合 診断された日 平成 年 ( 初回 歳 か月) ( 最終 歳 か月) 計 けいれん予防薬の処方がある方 薬の名前: ( °C)で使用			・喘息 ある・ない ある場合 診断された日 平成 年 月 処方薬内服 なし・発作時だけ・毎日 (薬品名: ) 吸入薬 なし・発作時だけ・毎日 (薬品名: )					
・その他 配慮することがありましたら、ご記入ください								
予 防 接 種	ワクチンの種類	接種年月	ワクチンの種類	接種年月	既 往 歴	病名	既往は○	
		1回目	年 月	BCG		年 月	突発性発疹	
	B型肝炎	2回目	年 月	1回目		年 月	おたふくかぜ	
		3回目	年 月	ポリオ		2回目	みずぼうそう	
	ロタ	1回目	年 月	生2回		3回目	風疹	
		2回目	年 月	不活化4回		4回目	RSウイルス	
		3回目	年 月	I期1回目		年 月	溶連菌感染症	
	ヒブ	初回1回目	年 月	□三種混合		2回目		
		2回目	年 月	または		3回目		
		3回目	年 月	□四種混合		I期追加		
		追加接種	年 月	おたふくかぜ		1回目		
	肺炎球菌	初回1回目	年 月	2回目		年 月		
	2回目	年 月	みずぼうそう	1回目				
	3回目	年 月	2回目	年 月				
	追加接種	年 月	I期1回目	年 月				
MR	I期	年 月	日本脳炎	2回目				
	II期	年 月	I期追加	年 月				
インフルエンザ	接種年齢に○		0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	
			5歳 (その他					

※ 緊急連絡先は、災害その他で、保護者に連絡がつかなかった時のみ使用します。遠方の実家などでも構いませんので、ご記入をお願いします。