

病児保育事業利用登録変更届

年 月 日

美濃加茂市長 宛



登録者氏名 (保護者)			
住 所	美濃加茂市		
電話番号			

病児保育事業の利用に係る登録内容を変更したいので、美濃加茂市病児保育事業の実施に関する条例施行規則第2条第4項の規定により、次のとおり申請します。

登録番号							
ふりがな		男	生年月日		年	月	日生 歳 箇月
児童氏名		女	お子さんの愛称				
※以下、変更する箇所のみ記述してください。							
保 護 者	父	氏名			携帯電話		
	母	氏名			携帯電話		
	自宅住所（〒 — ）						
	自宅電話 — —						
連 絡 先	父	勤務先			電話番号		
	母	勤務先			電話番号		
	緊急連絡先		氏名		児童との続柄		
			電話番号				
兄弟姉妹		年 月 日生			年 月 日生		
利用区分		生活保護世帯 該当 ・ 非該当			多子世帯 該当 ・ 非該当		
通園通学先		電話 — —					
家庭医名		電話 — —					
周 産 期	妊娠中の異常（ な し ・ <u>あり</u> ）						
	出産時体重 _____g						
	出 産 は （ 予定通り ・ 日早かった ・ 遅かった ） （存胎 週）						
	出産時の異常（ な し ・ <u>あり</u> ）						
乳 児 期 の 発 達	首のすわり：		箇月		おすわり：		箇月
	栄 養 法		（ 母乳 ・ 人工 ・ 混合 ）				
	離乳食開始時期(前期：		箇月	中期：	箇月	後期：	箇月
	人見知り：		箇月	母親の後追い：		歳	箇月
	初語(意味のあることば)：		歳	箇月			

受付： 申請者確認： 登録： No：

予防接種	ポリオ： 1回 年 月 / 2回 年 月 / 3回 年 月 / 4回 年 月			
	四種混合： 期 1回 年 月 / 2回 年 月 / 3回 年 月 / 4回 年 月 (三種混合) 期 年 月			
	BCG： 年 月		MR (はしか)： 1回 年 月 / 2回 年 月	
	水ぼうそう： 1回 年 月 / 2回 年 月		おたふくかぜ： 年 月	
	その他：			
感染症歴	はしか： 歳 箇月		水ぼうそう： 歳 箇月	
	百日せき： 歳 箇月		おたふくかぜ： 歳 箇月	
	B型肝炎： 歳 箇月 (キャリアでない・ある)			
	その他(具体的に)：			
これまでの病気	熱性けいれん： 初回 歳 箇月 最後は 歳 箇月 (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		
	ぜん息様気管支炎	毎日 吸入療法している ・ いない ・ 発作時だけ		
	てんかん	薬を飲んでいる ・ いない		
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある (治療は 内服薬・食事療法)		
	その他の病気 (具体的に)			
	入院したこと	ない ・ ある (病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月) (病名 歳 箇月)		
常時内服している薬	ぜん息、てんかん、アトピー性皮膚炎等で、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。 (内服時間も記入してください)			
食 事	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。			
そ の 他	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などをお書きください。			
	障害者手帳など ()			