

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)

印

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	父	勤務先	電話番号						
	母	勤務先	電話番号						
先	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	一人歩き:	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	幼児食:	年 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 :

申請者確認

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 ( )			