

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 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・あり )
	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・あり )	

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:

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 だ の 病 気	熱性けいれん： 初回 歳 箇月最後は 歳 箇月 (これまで 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 ( )	

