様式第２号（第７条関係）

病 後 児 保 育 登 録 申 込 書

番　号

児童氏名	男 女	生年月日　　年　　月　　日生 緊急連絡先 （１）氏名（　　） 電話（　　） 携帯電話（　　） （２）氏名（　　） 電話（　　） 携帯電話（　　）
保育園・幼稚園・小学校名		
保護者氏名		
住所 広陵町		
電話番号		◎アレルギー（特異）体質について（有無） ○アレルギー性の病気の経験がありますか。 あれば病名及びアレルゲン（原因となるもの）等、具体的に記入してください。また、食事制限されている方も記入してください。
◎かかった病気と予防接種 予防接種　　感　染 麻　　疹　（済・未）　（あり・なし） おたふく　（済・未）　（あり・なし） 風　　疹　（済・未）　（あり・なし） 水　　痘　（済・未）　（あり・なし） Ｂ Ｃ Ｇ　（済・未）　（あり・なし） ポ リ オ　（済・未）　（あり・なし） 三種混合　（済・未）　（あり・なし） （百日咳・破傷風・ジフテリア） 日本脳炎　（済・未） そ の 他　（　　）		○薬物アレルギーの経験があれば記入してください。（合わない薬） ・使用できない薬品名
◎ひきつけの有無（あり・なし） 過去　　回 最近の発作　　年　　月 診断名（　　） ・けいれん止めの薬（坐薬も含む。） ・使用方法（熱や使用量など具体的に） ◎平熱　　℃		◎過去の入院又は大きな病気 （肝炎・心臓疾患等） ◎その他（持病等）必要とする配慮

病後児保育の登録を受けたいので、広陵町病後児保育事業実施要綱第７条の規定により申し込みます。

上記等、病後児保育に必要な内容について、利用希望保育園に提供することに同意します。

年　　月　　日

保護者氏名　　印