

病後児保育利用者登録書

南アルプス市長 様

申請者 (保護者)

住所

氏名

Ⓜ

電話

( )

病後児保育事業を利用するため、次のとおり登録します。

ふりがな				男・女	生年月日	( 年 月 日 )
児童氏名						( 年4月1日現在 歳 )
通園・通学先等						
家族の状況	氏名	続柄	勤務先(学校・保育所(園)名)等	連絡先		
		父	勤務時間 : ~ :	勤務先 : 携帯		
		母	勤務時間 : ~ :	勤務先 : 携帯		
普段の健康状態	●ぜんそくはありますか？ 1. はい 2. いいえ → 1. はい の場合 薬の服用：毎日・発作時・なし / 吸入器の使用：毎日・発作時・なし かかりつけ医：( ) 電話：( )					
	●熱性けいれんを起こしたことがありますか？ 1. はい 2. いいえ → 1. はい の場合 初回 歳 ヶ月 / 最近 歳 ヶ月 ( 回目 ) 発熱時の対応： °C以上で 抗けいれん剤を使用する その他( )					
	●食物アレルギーはありますか？ 1. はい 2. いいえ → 1. はい の場合 除去する食材：( ) 発作時の対応：( )					
	●薬物アレルギーはありますか？ 1. はい 2. いいえ → 1. はい の場合 薬剤名：( )					
その他の留意点	・これまでにかかった大きな病気(感染症含む)のことや、心配なこと・配慮してほしいことがあれば記入してください ・アレルギー等で普段対応していることなどがあれば、記入してください					

病後児保育利用に伴う利用料の額確定のために必要があるときは、私の世帯の市町村民税その他の課税資料を閲覧し、または調査することに同意します。

南アルプス市長 様

保護者氏名

Ⓜ