

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

印

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 (年4月1日現在 歳)
児童氏名				
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

印