様式第1号（第5条関係）

　　　松本市病児保育事業利用登録（変更）申請書

年　　月　　日

（宛先）松本市長

申請者（保護者）住所 〒

氏名

電話番号

松本市病児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

なお、記入した個人情報は、松本市及び実施施設で共有することを承認します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 男・女 | | 生年月日 | 年 　月 　日（　 歳　カ月） |
| 児童氏名 |  | | | |
| 保護者の状況 | 氏名 | | 続柄 | 緊急連絡先 | | | 勤務先 | 勤務先電話番号 |
|  | |  | ① | | |  |  |
|  | |  | ② | | |  |  |
| 通園・通学施設等（該当番号に○をしてください。）  1　保育園・幼稚園・認定こども園　　　5　通園・通学はしていない  2　認可外保育施設　　　　　　　　　　施設名  3　小学校　　年生　　　　　　　　　　施設電話番号  4　その他 | | | | | | | | |
| かかりつけの医療機関 | | 医療機関名　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |
| 医師名 | | | | | | |
| 予防接種 | | （○で囲んでください。）  Hib（未・１回・２回・３回・追加）  肺炎球菌（未・１回・２回・３回・追加）  B型肝炎（未・１回・２回・３回）  四種混合（未・１回・２回・３回・追加）  BCG（未・１回）  MR（未・１回・２回） | | | | 水痘（未・１回・２回）  日本脳炎（未・１回・２回・３回・追加）  ロタウイルス  　ロタリックス（未・１回・２回）  　ロタテック（未・１回・２回・３回）  その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 既往歴 | | （○で囲んでください。）  麻しん　・　風しん　・　水ぼうそう　・　おたふく風邪　・　百日咳  熱性けいれん　・　てんかん　・　喘息　・　突発性発疹  その他かかりやすい病気（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| アレルギー | | 食事　　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　食事制限の程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  薬　　　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  環境　　無・有（ダニ・ハウスダスト・動物・その他　　　　　　）  アルコール手指消毒　無・有 | | | | | | |
| 常時内服している薬 | | 喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的にお書きください。 | | | | | | |
| 保育する際の注意事項 | | 保育する上で配慮してほしいことを記入してください。  　　　　　　　　　　　通所している施設における個別対応の無・有（　　　　　） | | | | | | |