[様式第2号](http://www1.g-reiki.net/reiki4bad/reiki_word/30554002043003011.doc)(第7条関係)

山形村病後児保育事業登録票

年　　月　　日

（あて先）山形村長

山形村病後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、山形村及び実施施設で共有することを承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）児　童　氏　名 | 住　所 | 〒 |
|  | 男・女 | 　　　年　　月　　日生　　　歳（4月1日現在） |
| 保 護 者 氏 名 | 児童との続柄 | 電話番号（緊急連絡先に○をしてください。） |
| 　　　　　　　 |  | 自宅　　　　　　　　携帯勤務先　　　　　　　(勤務先名　　　　　　　　) |
|  |  | 自宅　　　　　　　　携帯勤務先　　　　　　　(勤務先名　　　　　　　　) |
| 現在の通園、通学施設等（該当番号に○を付けてください。） | １、保育園、認定こども園又は幼稚園　施設名（　　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　　　）保育必要量（短時間【8:30～16:30】　標準時間【7:30～18:30】）２、小学校　施設名（　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　　　）３、その他　 |
| かかりつけの医療機関 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 児童の健康状態 | 1　既往歴（今までにかかった病気）　ない・ある　　　　　　　　　病名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2　入院経験　　ない・ある　 　　　歳　　　か月　　　　　　　　傷病名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　3　ひきつけ・熱性けいれん　・ない　・ある4　常時内服している薬　　　・ない　・ある　　　【具体的】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　5　アレルギー（食事・薬・環境）　・ない・ある　【具体的】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　6　児童の平常時の体温　　　　　℃ |

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種 | 　　　　　受けたものを〇で囲んでください。【定期】　・ヒブ　　《　初回①・②・③・追加　》　　　　　・肺炎球菌《　初回①・②・③・追加　》　　　　　・Ｂ型肝炎《　初回①・②・③　》　　　　　・四種混合《　初回①・②・③・追加　》　　　　　・三種混合《　初回①・②・③・追加　》　　　　　・ＢＣＧ　　　　　　・ポリオ　《　生①・②　/　不活化①・②・③・追加　》　　　　　・麻しん・風しん《　①・②　》　　　　　・水ぼうそう　　《　①・②　》　　　　　・日本脳炎《　初回①・②・追加・2期　》　　　　　・ロタウイルス　《　①・②・③　》【任意】　・おたふくかぜ　《　①・②　》　　　　　・その他　《　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》 |
| 保育で心配なこと配慮してほしいこと |  |

村内に住所を有する児童の場合のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 課税状況調査 | 保護者の村民税課税資料を費用負担区分確認のため職員が閲覧することに同意します。保護者氏名　　　　　　　　　　　　印保護者氏名　　　　　　　　　　　　印 |